Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Rural Mental Health Services in British Columbia

Canada

5-4416/

RURAL MENTAL HEALTH SERVICES IN BRITISH COLUMBIA

Mental Health Division
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare

Prepared by J.L. Kyle, Ph.D.
Field Services Adviser
Mental Health Services
British Columbia Ministry of Health

Également disponible en français sous le titre
"Les services de santé mentale en milieu rural
de la Colombie-Britannique"

Published by authority of the
Minister of National Health and Welfare

©Minister of Supply and Services Canada 1985
Cat. No. H39-79/1985 E
ISBN 0-662-13664-0

The breadth and diversity of Canada have given rise to a rich variety of social, cultural, and service models and forms of communal life, among them some excellent models of care and support for persons suffering from mental illness and disability. This publication, commissioned by the Mental Health Division of Health and Welfare Canada, is the third in a series of publications on Canadian mental health service models. It describes mental health services in rural British Columbia, services which reach into the small communities and remote areas of bush and wilderness that are characteristic of much of this country.

The original text for this publication was prepared by Dr. J.L. Kyle, Field Services Adviser, Mental Health Services, British Columbia Ministry of Health, to whom we are most grateful.

Brenda Wattie, Ph.D.
Director, Mental Health Division,
Health and Welfare Canada

PREFACE

The Mental Health Services Division of the British Columbia Ministry of Health is pleased to contribute to this series on models of community mental health services. This opportunity both permits us to describe innovative mental health programs, and allows the Ministry to acknowledge publicly some of the valuable contributions from our field staff.

The current economic situation has made it necessary to conceive cost-effective and responsive community programs. By following the philosophies outlined in this booklet, we, in British Columbia, are optimistic that we can continue to develop and provide a broad range of community-based mental health programs, and continue to address the many and varied needs of our communities.

Brian D. Copley
Acting Executive Director
Mental Health Services Division
Ministry of Health

TABLE OF CONTENTS

Page

Rural Mental Health Services in British Columbia 1

Travelling Clinics 4

The Clinicial Training Program 6

Alternative Care Programs 8
- The Psychoeducational Approach 8
- The Cariboo Model 10
- Providence Community Farm 11
- The Kelowna Lifeskills Program 12
- Therapeutic Camping 13
- The Rocky Mountain Housing Society 15

Summary 17

Appendix I 18

RURAL MENTAL HEALTH SERVICES IN BRITISH COLUMBIA

The Mental Health Services Division of the British Columbia Ministry of Health provides a comprehensive range of mental health programs including both institutional and community-based services.

Until the early 1960s, community mental health services were limited to the two major metropolitan areas of British Columbia. Inpatient psychiatric treatment was provided by "Riverview," the Provincial Mental Hospital, which is located near Vancouver. Outpatient mental health services, however, were either quite limited or non-existent, particularly in the outlying rural areas. The delay in receiving appropriate service and the disruption to personal lives necessitated by out-of-community treatment often resulted in longer and more costly hospital-based treatments. With the support of Dr. A.E. Davidson, Deputy Minister of Mental Health Services, the Kelowna Mental Health Centre was established in mid-1962, ushering in a new era in the provision of mental health services in British Columbia ' ocated in the Okanagan Valley, approximately 400 km N.E. of Vancouver, and headed by Dr. Frank McNair, the Kelowna Mental Health Centre rapidly began to demonstrate the value of a community-based mental health program. By the end of its first year of operation, admission rates to Riverview from the Kelowna area had dropped more than 30 per cent. Yet institutional care remained the predominant treatment available to the people of British Columbia; in the mid-60s, the three existing mental health centres, Burnaby, Kelowna, and Victoria, had a combined caseload of 1400, while approximately 2800 patients were in residence at Riverview.

Under the direction of the next two Deputy Ministers, Dr. F. G. Tucker and Mr. Alex Porteous, the commitment to rural community mental health programs remained firm, resulting in a dramatic improvement in the availability of community-based mental health services throughout the Province. By 1974, there were 30 mental health centres with a combined caseload of 13 000, and the patient population at Riverview had dropped to roughly 1600. There are currently 52 mental health centres and satellite offices located throughout British Columbia (see map); their combined caseload is approximately 19 000, while the Riverview patient population has dropped to 1000, and is likely to decline further.

These are impressive figures, even when viewed solely in terms of the comparative costs of service: it costs only several hundred dollars annually for each client using outpatient services, for example, while the cost of inpatient service may reach several thousand dollars per patient. The saving in such non-quantifiable psychosocial factors as patient and family well-being is considered to be equally significant.

Community-based mental health programs in British Columbia have evolved into two distinct models of service delivery, urban and rural, on the basis of provincial demographic patterns. The British Columbia urban model has already been

described in this series of publications[1]. The focus here is on rural mental health programs.

The community mental health centres in British Columbia are responsible for providing community-based service to the general population, including both children and adults. This mandate requires that all individuals with mental disorders receive adequate care, within the limits of available resources; appropriate services may include assessment, treatment, follow-up, and referral to other programs. Each mental health centre must establish priorities in mental health assessment, treatment, and consultation services so that care is provided to those who most require these services, and those who will derive the greatest benefit from them. When determining priorities, the mental health centre must consider the nature and severity of the presenting problem, its responsiveness to mental health intervention, the extent of detriment to the individual's health, well-being, and levels of adaptive functioning, further negative effects it may have on the family and/or society, and the availability of other appropriate resources. These guidelines are designed to permit an equitable delivery of services.

On the average, each mental health centre employs a staff of six professionals (the range is one through 20), and serves a catchment area of approximately 80 000 people (range: 14 000 through 120 000). Social workers, nurses, and psychologists occupy most of the staff positions, although roughly half of the centres have some access to psychiatric sessional services. A multidisciplinary team approach is the typical service delivery style, with each team member functioning as a mental health "generalist," in addition to contributing those skills unique to his or her respective profession Each mental health centre also has a "specialist" in the person of the boarding home social worker, who is responsible for the community-based management of the chronically disabled. The central objectives of the boarding home program include provision of local, rehabilitative housing and appropriate levels of care for the chronically mentally ill, as well as preparing the individuals involved for more independent living within the community. The success of this program is responsible, in large measure, for the reduction in inpatient population at Riverview Hospital.

The size of the rural mental health centre is typically governed by the characteristics of local population distribution: the more rural the location, and the more widely scattered the population, the smaller the centre. Yet by the time a rural mental health centre has been established, community expectations regarding the magnitude and impact of mental health services have usually exceeded the limits of feasible service delivery. This situation has created many frustrations for clinical staff, but it has also served to stimulate creative ways of meeting community needs and expectations.

Rural mental health professionals rapidly discover that their communities expect them to be "all things for all people"; such expectations often transcend the traditional boundaries of mental health practice. Consequently, rural mental health workers must identify pragmatic and appropriate limits to clinical practice and also learn, in many cases, to participate in non-traditional, non-clinical community activi-

1 "The Greater Vancouver Mental Health Service — A Model of an Urban Community Mental Health Service"; Available from Mental Health Division, Health and Welfare Canada, Ottawa, Ont. K1A 1B4.

ties. The limitation or even absence of supplementary resources in many of these regions is a further restriction to rural mental health professionals.

Faced with these realities, most professionals quickly recognize that their formal academic training has left them largely unprepared for responsive limit-setting and "seat-of-the-pants" community mental health programming. Rural mental health services are continually faced with the question of how broadly or narrowly to define service capacity and responsibility. A willingness to expand the scope of mental health activities could be seen, on the one hand, as an admirable attempt on the part of mental health professionals to meet the challenges of society. Consequences of such expansion, however, might be poorly defined boundaries of community mental health practice, leading, in turn, to unrealistic and unsatisfied expectations, and/or to a meaningless extension of the concept of "community mental health". Knowing "where to draw the line" remains extremely difficult.

Necessity has forced rural mental health programs in British Columbia to employ a rather eclectic blend of medical, psychoeducational, and psychosocial models of community mental health practice. The central aim of their activities has been to assist each community to be more responsible to, as well as for, its own individual members.

Three major programs have evolved to pursue this goal: the travelling clinics network, the clinical training program, and the non-clinical "alternative care" programs. We will now look at each of these programs in turn.

TRAVELLING CLINICS

The geographical immensity of British Columbia, the many small pockets of population, and the even smaller pockets of mental health professionals in outlying areas made a system of service based on the medical travelling clinics model a logical selection.

There are currently 22 mental health centres and sub-offices conducting 40 travelling clinics within their respective regions. In addition to these regularly scheduled clinics, 11 more are provided on a demand basis. In order to augment these services, the Ministry of Health also provides a grant to the Health Sciences Centre Hospital of the University of British Columbia to support the "Outreach" program, which is designed to provide psychiatric services, on a travelling clinic basis, to certain rural areas in the province.

In a typical month, travelling clinics throughout the province will cover approximately 19 400 kilometres. Round trip distances range from 26 to 960 kilometres, with the average distance about 225 km. Visits from these clinics range in frequency from two days per week to one day per month. Readers familiar with rural Canada will recognize, no doubt, that these trips are not exactly a "Sunday afternoon jaunt in the park." The terrain to be covered, the modes of transportation, and the weather all combine to make many of these trips memorable. Traversing land, sea, and air, workers use float planes, helicopters, ferry boats, speed boats, four-wheel-drive trucks, and family cars. On occasion, dugout canoes have also been pressed into service. We have had staff marooned by fog, snow, heavy seas, mud slides, and angry predators. Doors have even fallen off airplanes; the sight of brief case, file notes, socks and underwear tumbling through the slipstream makes for a truly memorable experience. In spite of (or perhaps because of) these "adventures," staff continue to be willing to participate in travelling clinics, and a range of 142 to 157 staff days per month per involved mental health centre is currently devoted to these clinics.

Travelling clinics were enthusiastically welcomed by isolated communities, which were desperate for any kind of mental health support. It soon became clear, however, that a medical model analogue was not a sufficiently powerful model on which to rely. Mental health assessments and consultations have been, and remain, necessary and valuable services to these communities, but there remains a need for direct treatment services; this demand, unfortunately, is not easily fulfilled by the periodic visits of outside experts. Travelling clinics can and do provide adequate crisis intervention services, but it is not always easy to arrange for crises to coincide with the dates of the clinics. By the same token, an expectation of regular, ongoing treatment will not be satisfied by a service which is available only once or twice a month.

As we soon learned, the message from these communities was, in essence, "Thanks for the assessment, it's pretty well confirmed our suspicions; and thanks for the consultation, that's good advice. Now, *who* is going to treat these people, because we can't?!" Although local resource personnel generally tried to provide the

recommended follow-up treatment services, their effectiveness was typically limited by the absence of a mental health professional.

Something else was clearly needed. Certainly, the provision of on-site professionals was not a realistic possibility for these communities in the foreseeable future. It was evident, however, that many of the problems presented to our travelling clinic staff could be handled locally if the individuals involved could attain better self-sustaining mental health skills. To meet this need, a psychoeducational component to the travelling clinic services began to evolve. Early efforts were informal, somewhat spontaneous, and not always repeated. In retrospect, we find examples of programs to enhance parenting skills, programs to help teachers in behavioural management, communication skills training for spouses and families, basic counselling training for volunteers, and other, similar exercises. Such early training programs, though not unusual these days, were, at the time, unprecedented experiences for many of these isolated communities. It is a testament to the utility of this approach that many of these programs are still in existence, and it is consistent with the philosophy of reinforcing local mental health capabilities that most are being maintained by community members. These programs have added a new dimension to direct assessment, consultation, and treatment services, and have resulted in a range of travelling clinic programs which can address the unique needs of small, isolated, rural communities.

Of equal importance is the fact that these efforts by the field staff to increase the mental health skills of individuals in local communities have also served as the impetus for the development and implementation of a province-wide program of mental health professional development.

THE CLINICAL TRAINING PROGRAM

It is essential, given the dynamic characteristics of the community health field, that professionals engage in some type of regular training in order to maintain their skills. Most professional organizations, moreover, expect their members to participate in some form of professional development. It is not particularly difficult for the urban-based mental health professional to obtain such training; university courses and libraries, a host of workshops, and regular peer contacts can all contribute to a diversified and meaningful program of professional development.

Rural professionals, on the other hand, are faced with some very real barriers in maintaining and supplementing their skill levels. What resources do these individuals have to stimulate their professional development? They may possess a few subscriptions to journals, place phone calls to other beleaguered colleagues, or perhaps undertake an occasional expensive pilgrimage to an urban bastion of learning. It is apparent that the relative absence of such opportunities contributes to rural staff turnover and burn-out.

The model which has been developed by Mental Health Services to meet this challenge has come to be known as the Clinical Training Program. While neither able nor designed to satisfy all professional development needs, this program can provide relevant short-term training, at minimal cost, to a large number of people.

It was initially decided that the Clinical Training Program should depend on "in-house" staff as its primary resource personnel, or faculty. Reliance on mental health staff to provide ongoing training was attractive because it would minimize the costs incurred: no honoraria or fees are required, since the faculty are already on salary. The only additional dollar costs are those related to travel expenses, because workshops sponsored by the Clinical Training Program are held, on request, at local mental health centres. There is a related, somewhat intangible cost: faculty may experience a certain disruption of their regular job routines in the event that there is great demand for their workshops. This aspect of the program has not, however, proven to be a major problem.

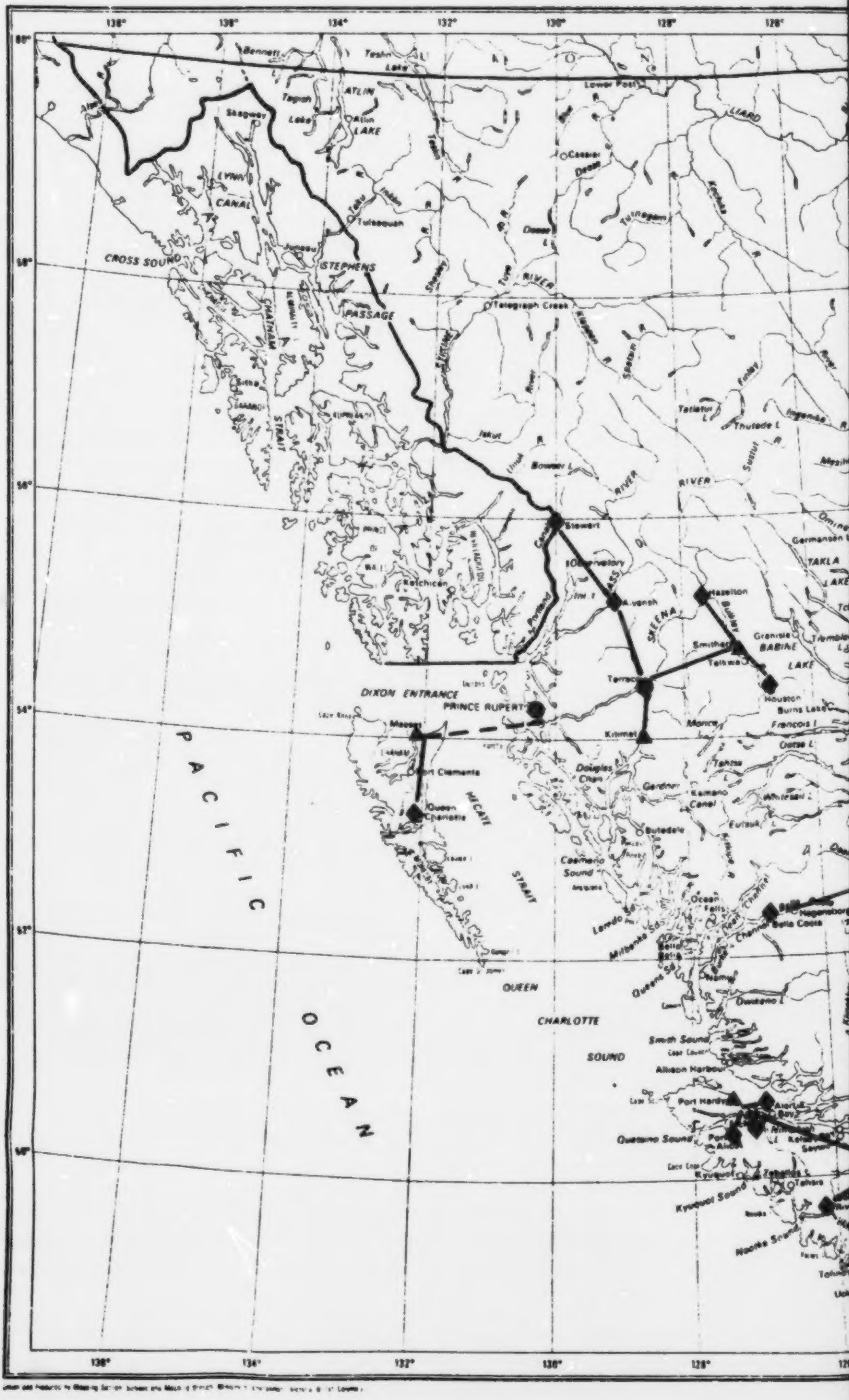
The use of in-house personnel as faculty was also helpful to field staff. The roughly 1200 mental health professionals employed by the Health Ministry have a wide range of skills and interests with direct relevance to community mental health practices; there was, consequently, a built-in assurance that the workshops would have practical and applied utility. In addition, the instructors themselves gained from this arrangement; the challenge of designing and presenting a meaningful workshop for peers and the opportunity to travel to different parts of the province have proven to be powerful incentives for provincial staff. Because the workshops are presented only in those communities with established mental health centres, these journeys are not quite as adventurous as some of the travelling clinics. This is not to say, however, that being a Clinical Training Program instructor is entirely without peril: one unfortunate soul, for example, spent a very unhappy hour in the Vancouver Airport trying to convince skeptical R.C.M.P. officers that the black boxes in his suitcase were to be used for a biofeedback workshop, and not for redirecting the plane from Prince George to Vladivostok.

The Clinical Training Program is presented according to an annual cycle. Mental health professionals within the Ministry are asked, each year, to develop and provide a workshop in their area of professional specialty or expertise. Volunteers submit their workshop proposals to the Continuing Education Committee, which selects those offerings to be included in the current calendar of events. Those workshops which are accepted must contribute to the Ministry's priorities for service and must also be able to supplement the knowledge and skill levels of the Ministry staff.

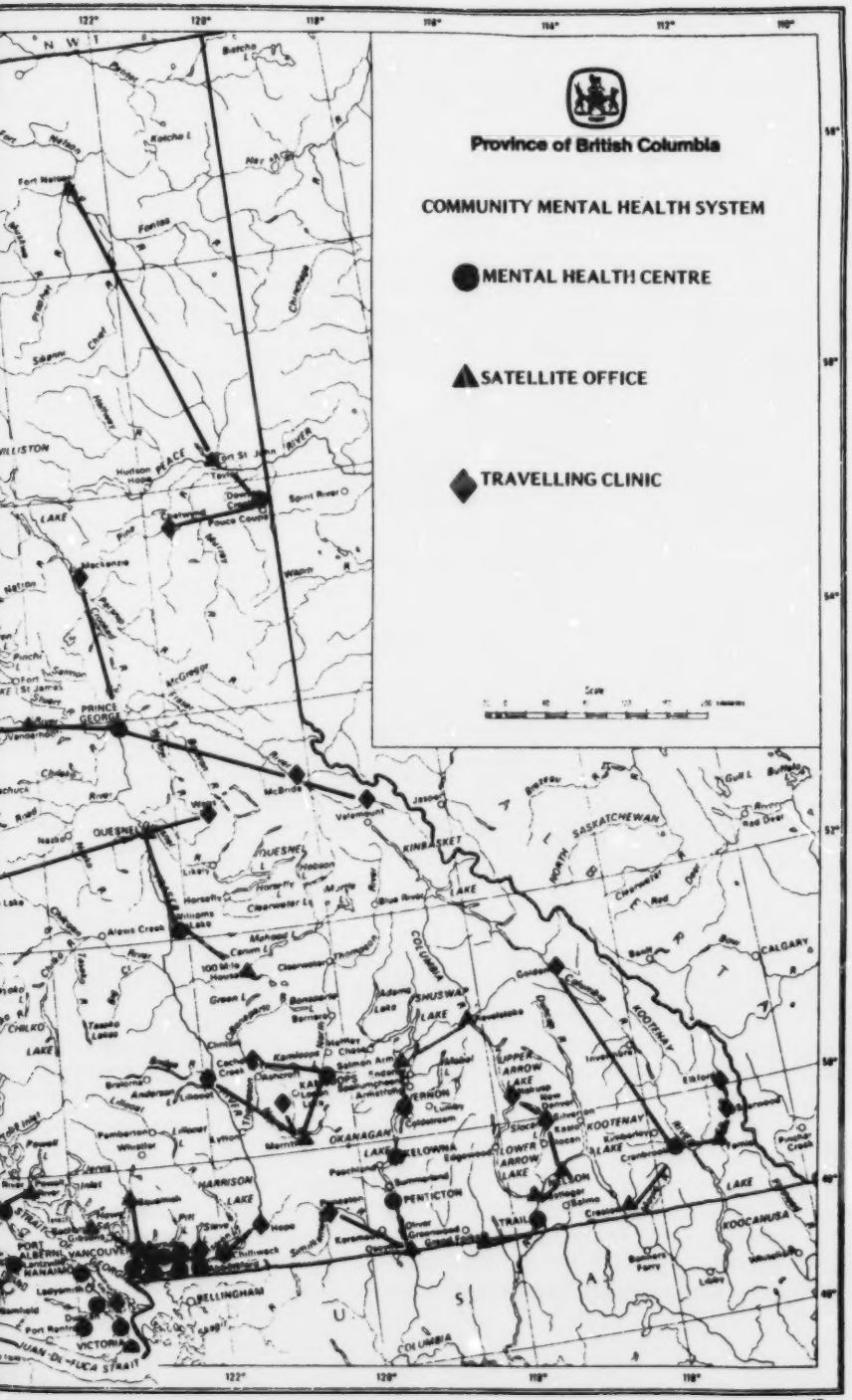
Once the workshops are chosen, an annual Clinical Training Program Catalogue is produced, containing a biographical sketch outlining the professional background of each instructor as well as a summary of each workshop. This catalogue enables each mental health centre to choose a program of professional development designed to suit local staff needs. Their selections are then returned to the Continuing Education Committee, which is responsible for coordinating scheduling, priority of presentations, and other such matters.

Although the Clinical Training Program was originally intended solely as an in-service program, it became apparent that the service it provided was relevant to many other resource personnel in the local communities, who soon began to request admission. As a result, the original program was expanded and directors of local mental health centres now have the option to invite to any particular workshop those local people who might benefit from the material being presented. Workshop audiences now regularly include doctors, nurses, teachers, counsellors, probation officers, and volunteers. Thus, the Clinical Training Program not only aids isolated mental health professionals in their professional development but also serves to strengthen the skills, cooperation, and interaction of local community resource networks. This effect is, of course, quite consistent with the community mental health model, which holds that a strictly clinical approach is not a sufficiently broad service dimension to attend to the mental health needs of a community.

The Clinical Training Program model has proved very useful for isolated and rural communities, and continues to be in great demand throughout the province. During the last calendar year, 40 faculty delivered more than 200 workshops, which were attended by more than 5000 people. These figures demonstrate that the Clinical Training Program, originally designed as an in-house professional development program, has, indeed, evolved into the broader realm of community resource development.



138°
136°
134°
132°
130°
128°
126°
60°
58°
56°
54°
52°
50°
Bennett
Teslin Lake
Tagish Lake
ATLIN LAKE
Atlin
Lower Post
LIARD
Skagway
LYNN CANAL
Cassiar
Tulsequah
Juneau
CROSS SOUND
STEPHENS PASSAGE
CHATHAM STRAIT
Sitka
Telegraph Creek
RIVER
STIKINE
Thutade L
Finlay
Bowser L
Stewart
Observatory Inl.
Aiyansh
NASS
SKEENA
Hazelton
Bulkley
Granisle
BABINE LAKE
TAKLA LAKE
Germansen L
Smithers
Telkwa
Houston
Burns Lake
Francois L
Ootsa L
Ketchikan
DIXON ENTRANCE
PRINCE RUPERT
Terrace
Kitimat
Masset
Port Clements
Queen Charlotte
HECATE STRAIT
Douglas Chan
Gardner Canal
Kemano
Butedale
Ocean Falls
Hagensborg
Bella Coola
Bella Bella
QUEEN CHARLOTTE SOUND
Smith Sound
Alison Harbour
Port Hardy
Alert Bay
Quatsino Sound
Kyuquot Sound
Nootka Sound
PACIFIC
OCEAN


Province of British Columbia
COMMUNITY MENTAL HEALTH SYSTEM
MENTAL HEALTH CENTRE
SATELLITE OFFICE
TRAVELLING CLINIC
PRINCE GEORGE
QUESNEL
KAMLOOPS
KELOWNA
PENTICTON
VERNON
TRAIL
NELSON
CRANBROOK
VANCOUVER
VICTORIA
CALGARY
122°
120°
118°
116°
114°
112°
110°
58°
56°
54°
52°
50°
48°

ALTERNATIVE CARE PROGRAMS

Rural mental health professionals in British Columbia have demonstrated a strong belief that community support and development are critical to successful community mental health practice. There is also a commitment to increasing each community's self-reliance and capacity to care for its citizens by transferring professional skills and responsibilities to "change agents" in the local environment. This development requires a broadening of traditional interpretations of community mental health activities as well as a willingness to shift the focus of interventions from the clinical office out into the community.

Many of the rural mental health centres in British Columbia are currently involved in a variety of non-traditional activities which illustrate this shifting focus. Dr. William Hollister of the University of North Carolina has conceptualized these types of activities as "non-clinical alternative care" functions, which can coexist with more traditional clinical functions to enhance the delivery of rural mental health services. An "alternative care" or "double track" system involves, essentially, mental health intervention techniques that supplement more traditional forms of counselling or therapy. At this stage of their development, many of the British Columbia programs and activities are quite individualized and tailored to the specialized needs of their local areas. It is not yet clear whether they could be easily replicated, but a description of some of these activities should be helpful to the development of similar programs in other places.

The Psychoeducational Approach

A number of rural mental health centres provide psychoeducational programs in conjunction with their clinical-based services. Many commonly referred problems appear to be manifestations of ineffectual behaviour patterns or faulty learning rather than of serious pathology, and to be amenable to other than clinical interventions. In such situations it is possible for patients or clients to assume the role of "student" and for a "teacher" to substitute for a "therapist." In addition, these students need not attend clinics for "treatment," but may instead participate in directed course work and training. This approach is cost-effective because it can divert those individuals who can benefit from a psychoeducational intervention away from more costly clinical services, allowing these in turn to become more available for those with more debilitating disorders.

Several of our mental health programs are co-sponsored with local community colleges and include curricula from which these students may choose a course of studies. The purpose of this arrangement is to place the responsibility for change more squarely on the student/patient, and to reduce the dependencies commonly associated with many of the more traditional clinical interventions.

One mental health centre in the Fraser Valley, for example, provides a variety of courses at the local college dealing with such subjects as Effective Parenting, Stress Management, Self-Understanding, and Problem Solving. These courses are designed to enhance socialization skills without fostering the sense of defeat experienced by many people when referred to a mental health centre for adjustment

problems. Providing these courses in a mainstream community institution such as a community college helps to promote our view that management of life's stressors should be regarded as a normal part of life.

Another centre, located on Vancouver Island, became concerned with the extraordinarily high numbers of women being referred for problems of a depressive type, and began to explore alternative ways of treating these difficulties. A series of courses, "Expressions for Women," was developed and provided under the auspices of the local community college. The eight-week course includes training in communication skills, self-esteem, assertiveness, health, sexuality, marriage, and work. One goal of this series is to promote the use of networks existing in the normal environment. Networks, particularly "mesh" networks which focus on the problem rather than on the client, reinforce a sense of interconnection between participants, and enhance the potential for personal growth through an active exchange of skills, strengths, and resources. One value of networking is that each individual not only receives services but can then proceed to provide them to others. This program exemplifies the change in the delivery of community mental health services, for this target group had received individualized clinical treatment before the development of the psychoeducational program. Initially the course served as an analogue of a group therapy program, since it was essentially operated and directed by mental health staff, but as the courses became standardized other local resource personnel came in as instructors, and the series now belongs essentially to the community. The mental health service has assumed the role of a referral agent.

Several mental health centres have identified "at-risk" elements of the local populations and have designed, in addition to direct treatment services, alternative ways of addressing potential problems. The newly separated and divorced form one such group. These individuals often represent a significant percentage of the demand for service; our aim, therefore, was to provide life-skills training which could counteract the debilitating influence of the loneliness, anger, and isolation that many within this population experience, and supplement social and occupational skills that may be ineffectual or outdated. Although individual programs vary from centre to centre, the overriding concern is to enable the individuals in the target group to pass more easily through the difficult personal transitions involved in a separation or divorce.

The demands on mental health care staff are often so great that personnel cannot afford to expend much clinical time on adjustment or lifeskill problems, beneficial though such intervention might be; a psychoeducational model is proving to be an effective and valuable non-clinical method of providing such assistance. Variations of this approach have been implemented by most of our rural centres, and literally thousands of people in the communities have participated in these programs.

The use of volunteers is another method of extending mental health services. Inclusion of an active volunteer corps in community mental health services is a strategy which is commonly employed, but which has a number of advantages and disadvantages both to the professional and the community. Volunteers can function as extensions of the professional counsellor, increasing the availability of scarce counselling services; these people are eager, full of energy, and may have a better

understanding of their communities' needs and dynamics than the professional. As volunteers, they can be available at times when most professionals are not, and can participate in activities which would not otherwise be feasible within government funding limits. Eagerness is not, on the other hand, a substitute for skill and training; awareness of community problems may not always be accompanied by an appreciation of ethical and confidentiality issues; and the commitment or availability of volunteers may be affected by various significant influences in their personal lives. For these and other reasons, reliance on volunteer functions is not a guaranteed answer to scarce professional resources, but volunteers can play an invaluable ancillary role.

The success of a volunteer program is governed by many interrelated factors, as the next example demonstrates:

The Cariboo Model

Volunteers in Williams Lake and Quesnel, two towns in the interior of British Columbia, have successfully augmented available professional services by developing, in conjunction with the local mental health centre, a regionalized lay counselling program.

This project, the Cariboo Model, has been in operation almost as long as the local mental health centre, and, with community support and acceptance, has become a successful, "tenured" program. The staff of the mental health centre attribute this success to many factors, including the development and maintenance of a strong base of community support. Some administrative and fiscal independence from the mental health centre is desirable, and collaboration, not control, is the key if the program is to belong to the community. As selection of the right people is obviously critical, all potential volunteers must be rigorously screened and then receive initial and ongoing training. One of the responsibilities of the professionals is to maintain the necessary high morale among volunteers. In the Cariboo Model, this is accomplished by maintaining regular communication between the mental health centre and the volunteers; by providing a stimulating, ongoing training experience; and through public recognition. (After six months of service volunteers receive a certificate from the Canadian Mental Health Association.) Volunteer programs should be structured so that objectives, procedures, and responsibilities are clearly defined and monitored, but neither the program nor the volunteers should be overextended; it is better to provide a successful, limited service than to fail with goals that are overly ambitious.

The communities derive a variety of services from this program. Different levels of lay counselling are available, depending on the experience and skill levels of the volunteers. Other services include a telephone crisis line service; a "daily hello" program, in which volunteers are committed to call certain clients each day to provide ongoing support; a face-to-face lay counselling program for supportive counselling and crisis intervention; a "flying squad," in which members respond in person to calls from within their region; and an activities centre program, in which resocialization and support are offered, through group interaction, to those experiencing mental and emotional problems or physical disabilities. At least one of these components of the Cariboo model is available at all times. The calibre of this service

is high, the quantity of service is maintained at a level which the mental heath centre alone could not sustain, and the community is the beneficiary.

The people involved in the Cariboo Model are now developing a "triple channel interactive treatment modality" in order to obtain the greatest possible impact of mental health services on the community at the lowest possible cost. A triple channel approach includes clinical, educational, and alternative care systems of mental health service delivery. There are current plans to employ a computer to integrate the triple channel approach, and the group expects to be able to develop a flexible model capable of at least seven different ways of delivering mental health services to the community.

The following examples are offered to show that alternative care approaches can also be applied to seriously and/or chronically disturbed patients:

Providence Community Farm

For more than 125 years, the Order of the Sisters of St. Ann had maintained a 400-acre farm site nestled in the wooded hillside of the Cowichan Valley. This pastoral setting had served, over the years, as a religious retreat, a working farm, and a residential school, but most of its earlier functions had been discontinued in recent years.

Five or six years ago, a group of people began to explore possible ways of revitalizing this property as a community resource. From these early meetings evolved the Vancouver Island Providence Community Society, a group dedicated to the development and provision of meaningful lifeskills programs for those whose needs were not being fully met elsewhere in the health care system.

Working out a lease arrangement with the Sisters of St. Ann, the Society assumed responsibility for Providence Farm. In addition to the four-storey residential school (20 000 square feet), the property included a number of outbuildings, all in various stages of disarray and disrepair. In recent years, activity has concentrated on redeveloping the farm, both as a means of achieving economic self-sufficiency for the Society and, more important, as a means of providing meaningful work opportunities for chronically unemployed individuals, most of whom have experienced some form of emotional disturbance. The personal needs of these individuals are such that they often require intense, individual supervision when engaged in work activities; because most employers are unable to provide this level of support, these people are usually ignored in the regular job market. The Providence Farm project has attempted to reach out to such people in the community — people who are emotionally isolated and/or in need of supportive community programming.

From its inception, the Society has always insisted on sharing input and involvement with the local community in order to remain firmly integrated with that community. Consequently, the projects undertaken at the Farm have depended upon an active participation from the local social service and health care agencies, including mental health staff, hospital day-care staff, the volunteer mental health society, and Ministry of Human Resources staff. Volunteer labour and consultation from agriculturists, foresters, social workers, horticulturists, contractors, carpenters, and other interested community members remain equally important. The federally-

funded Katimavik program has also been actively involved in many of the work projects. Quite recently, the Society qualifed for the federally-funded Work Training Program, which will enable it to train 24 disadvantaged youths drawn from specialized placement facilities.

Since it began operation, the Society has renovated the living quarters in the old school building so that it can now be used to house needy community members on a temporary basis. The farmhouse has been renovated for the resident manager, an abandoned laundry has been transformed into a seven-bedroom house, and new roofs have been put on the dairy and hay barns. Approximately one mile of new fencing has been installed to contain livestock, and a large greenhouse and 15-acre market garden are currently under design.

For many of the people working on these projects, even the basic routine associated with a regular work schedule is a major barrier. An initial emphasis is therefore placed on teaching these individuals the responsibilities and expectations associated with the workplace. Each person is guided from simple to more sophisticated tasks, according to his or her level of readiness. The participants develop positive work habits like reliable attendance, and learn to function as members of a working group. They learn to handle the tools and farm equipment necessary for the maintenance of farm activities, gaining experience in animal husbandry, silviculture, woodlot production, and related fields.

The long-term objective of these projects is to train participants as farm workers, so that they will be able to obtain employment in the farming industries. Because the farm project will create new jobs and restore the Providence Farm to a viable operation, as well as providing additional resources and services in the areas of social programs, it is expected to have a positive effect on the community; more than 200 people have profited so far from the various programs conducted at the farm.

With the establishment of hay fields, cattle marketing, a truck garden, and woodlot production, the farm is well on its way to achieving self-sufficiency, as are many of our so-called "chronic" patients.

The Kelowna Lifeskills Program

The Kelowna Lifeskills program is specifically designed for long term, poorly functioning patients; its basic objectives are to train these people in various independent living skills and to improve the quality of their lives in terms of social and emotional factors.

The program was developed by the mental health centre occupational therapist, who had become concerned that many of the approximately 200 boarding home residents were not successfully integrating into everyday community living. Although most of the boarding homes provided active lifeskills training within the home environment, it was recognized that more was required in order to enhance community skills.

The first step in the evolution of the Kelowna Lifeskills Program involved the establishment of a residents' council representing each of the mental health boarding homes in the area. Functioning in an advocacy role, this council undertook a

needs survey and identified lifeskills gaps in the areas of self-care, functional use of leisure time, independent living, personal development, and job readiness.

Any attempt to provide the necessary skills training would have far exceeded the time capacity of the mental health centres, and, more important, any such action would also have diverted responsibility away from the community itself. It was therefore more appropriate to develop a corps of volunteers who would assume primary responsibility for the training courses. An undertaking of this magnitude, however, requires some full-time support, and grants were made available to allow for the creation of two full-time positions.

The Volunteer Coordinator is responsible for recruiting volunteers for the program. A fairly thorough screening procedure has been developed which not only assesses personal suitability, but also matches the skills and interests of the individual volunteers with the areas in which their particular training is required. The Volunteer Coordinator is also concerned with maintaining volunteer interest and motivation and is therefore responsible for providing programming for the volunteers that will encourage their continued interest and commitment to mental health activities.

A second full-time employee, the Teaching Coordinator, organizes the teaching modules that are presented by the volunteers. For each course, a lesson plan is developed that is oriented towards real life as much as possible. Most of these courses involve, in turn, role-playing, modelling, and supportive real-life training experiences. A quality assurance component is also built into the training in order to monitor each student's progress more objectively. Most of the courses have now been field-tested and revised accordingly, and some significant gains in community living skills are apparent.

The Kelowna model is one which could be applied in any rural community, and the training modules that have been developed could also be easily modified to fit specific community needs.

Therapeutic Camping

Rural British Columbia has no 24-hour residential treatment facilities for disturbed children, and the few metropolitan facilities are rendered almost inaccessible by long waiting lists and geographical distances. Although "institutionalization" of children can have drawbacks, a typical outpatient service simply cannot provide the intense, ongoing support required by many of these children. In response to this situation, one rural mental health centre on Vancouver Island capitalized on its isolation by developing a somewhat non-traditional method of providing intensive treatment for very disturbed children.

For a number of years now, with community support, the staff of the Port Alberni Mental Health Centre have provided "therapeutic camping" experiences for groups of disturbed children. Staff report that camping provides an effective, short-term yet intensive therapeutic milieu for these children and is preferable, in many respects, to the more traditional residential treatment environment. Camping not only provides an opportunity to remove children from "crazy making" environments, but also provides a more "real-life" therapeutic milieu than exists in a residential

treatment facility. The change of geographic location and the necessary 24-hour group contact with peers and staff often serve as a catalyst for pathological behaviours to emerge, allowing, in turn, real-life resolutions. The many jobs and chores around a campsite teach the children to be responsible for themselves and to contribute to a constructive group effort. One very important advantage of the therapeutic camping experience is that the children learn a lot about healthy, normal adult feelings; because they are with staff constantly for several days, or even several weeks, the children have ample opportunity to learn that it is normal for adults to become irritable at times, and that this does not mean rejection. This realization is invaluable for disturbed children who have often experienced rejection or an otherwise pathological quality to adults' moods. A therapeutic camp is also inexpensive (last year, for example, $440 per child for 18 days), and provides training for students and volunteers.

A description by Michael Coates, Director of the Port Alberni Mental Health Centre, is perhaps the best means to convey the flavour of this type of alternative care program:

> The purpose of a therapeutic camping experience is to provide as natural a routine for the children as possible. In other words, this is a vacation for the children, yet is conducted within a skilled setting in order that therapeutic needs and techniques can be employed as problems arise naturally. Each year we target a different group of children; this year, our fifth, we took 10 acutely disturbed boys, ranging in age from 10 through 13 years. We have taken mixed groups in the past, but the nature and severity of the problems evidenced by these boys militated against a mixed group this time. Of the 10 boys, five have been excluded from regular school because of violent behaviours. There were five adults, a 12-passenger Variety Club Sunshine Coach, and a three-passenger truck which was used to carry most of the gear. We travelled 6010 km. in 18 days, and ventured as far afield as San Diego. We did the usual tourist things — the San Diego Zoo, Seaworld, Disneyland, trips to the beach, and so on. We also had three overnight drives which doubled as marathon bonding sessions. The days were structured, with children assigned chores on a rotational basis, or when it fitted in with clinical needs e.g. as a disciplining technique or a means of enforcing a group commitment. It should be pointed out that these children were not selected "cold," as they have all been in therapy before going on the trip, most have been in groups, and most will continue to receive professional support in the future. Again, this therapeutic camping experience is designed to augment more conventional treatment for these children who could benefit from 24-hour intensive care. The treatment emphasis involved, among other things, demonstrating weak or absent internal controls, building resistance to contagion, and helping achieve insight into vulnerabilities. Behavioural control of surface behaviour was utilized, with little intellectualization; however, the overall approach is to provide a warm, loving, emotionally non-threatening environment, in order that these children might be able to deal with their own feelings without external criticisms or sabotage. A therapeutic camping experience is, of course, extremely hard work for staff, but our staff have always wanted to repeat the experience.

To date, almost 100 children have profited from the Port Alberni camping program, and several other mental health centres now offer additional therapeutic camping programs, some of which are directed toward chronically disabled adults. These centres are equally enthusiastic about the therapeutic gains which result from this type of camping experience.

The Rocky Mountain Housing Society

Until quite recently, the East Kootenay region had few viable community resources for individuals who have experienced serious emotional disturbances. Treatment for these people has historically been provided at the provincial psychiatric facility, located almost 500 kilometres away, and was followed by a relatively unsupervised and unstructured discharge back into the local community. With little in the way of community back-up support in the Kootenays, the individuals were frequently unable to maintain themselves in the community, and the institutionalization cycle would begin anew.

In order to break this cycle, the community must be able to support, monitor, and enhance the social skill levels of discharged patients. With the support of the Cranbrook Mental Health Centre, a community group was formed with precisely this objective in mind. They soon discovered that the absence of appropriate, affordable local housing for psychiatric patients returning to the community represented a fundamental barrier to their efforts to regain adaptable social skills; poor housing and living conditions often contributed directly to the recurrent patterns of psychiatric decompensation.

The Rocky Mountain Housing Society decided to address this problem directly, and built a housing unit for psychiatrically disturbed individuals. Once this independent living project was in operation, a community support and recreation program was also developed.

The combination of attractive, affordable housing and directed community activities does much to break the reinstitutionalization cycle, but these, alone, are not enough; another component necessary to successful community living is employment. It is an unfortunate fact that handicapped persons experience great difficulty in finding work and staying in the work force, because even brief psychiatric episodes can result in loss of job. Similar difficulties are faced by the physically handicapped. The next, and current, project for the Society was therefore the development of local employment opportunities. Accordingly, the Society has undertaken the task of designing and building wheelchair-accessible housing units for the physically handicapped. With some government funding and support, the Society has employed six people for this project, each of whom is physically handicapped or has a history of disabling emotional disturbances. Their job has been to plan, design, tender, and build two wheelchair-accessible independent group-living homes.

The benefits to individuals and the community are many. The participants in this project have learned planning and organizational skills which have, in turn, dramatically increased their sense of self-esteem. As one of our client/participants evaluated his experience, "the main part of this job is that I gained respect and pride in doing something." Other participants express similar sentiments.

At this time, two houses have been successfully completed, and it is interesting to note that none of the plans devised by our clients has had to be revised; the local CMHC office reports that this is a first for them. A third house is now on the drawing board, and current plans will make it a multi-use dwelling; the structure will be suitable both for those with physical handicaps and those with disabling emotional disturbances, for they have much to offer each other in their efforts to achieve an independent community life.

The Society is very encouraged by the results to date. The housing project is filling a very necessary community purpose, and five of the original six employees are currently operating at a completely satisfactory level: two have been married, two are pursuing higher education, and none of the six considers himself to be "disabled" any longer.

SUMMARY

This report has described some examples of the ways in which we are expanding our mental health service capacity in British Columbia by adding further dimensions to the traditional clinical approach. We have developed an integrated philosophy which attends to community as well as individual mental health needs by combining salient features of the medical, psychoeducational, and psychosocial models of community mental health practice. These models, as applied in rural British Columbia, are neither competitive nor mutually exclusive, but are selectively implemented in a complementary fashion. Our policy is to be flexible in the planning, development, and delivery of services. Many of the programs described demonstrate that our most successful mental health planners include not only the professional workers found in our local mental health centres, but members of our local communities as well. If we continue to recognize this fact, we will continue to be able to provide responsive community mental health services.

APPENDIX I

For more information about these programs, contact the following:[2]

Clinical Training Program	John Farry, Chairman Continuing Education Committee Mental Health Services 7th Floor, 1515 Blanshard Street Victoria, British Columbia V8W 3C8
Expressions for Women	Ellen Eichler Courtenay Mental Health Centre 941C England Avenue Courtenay, British Columbia V9N 4N7
Cariboo Model	Roland Perrin, Director Williams Lake Mental Health Centre #302 – 197 2nd Avenue North Williams Lake, British Columbia V2G 1Z7
Providence Community Farm	Jack Hutton, Director Duncan Mental Health Centre 3046 Gibbins Road Duncan, British Columbia V9L 2Y1
Kelowna Lifeskills Program	Chris Austin Kelowna Mental Health Centre 390 Queensway Avenue Kelowna, British Columbia V1Y 6S7
Therapeutic Camping	Michael Coates, Director Port Alberni Mental Health Centre 4711 Elizabeth Street Port Alberni, British Columbia V0H 1V0
Rocky Mountain Housing Society	Arnold Skulmoski Cranbrook Mental Health Centre Suite 204, 1212 2nd Street North Cranbrook, British Columbia V1C 4T6

2 At the time of writing, the positions listed above were occupied as shown.

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Les services de santé mentale en milieu rural de la Colombie-Britannique

Canada

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

Division de la santé mentale
Direction des services de la santé
Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Rédigé par J.L. Kyle, Ph.D.
Conseiller en services extérieurs
Services de santé mentale
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Also available in English under the title
"Rural Mental Health Services in British Columbia"

Publication autorisée par le
ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1985
N° de cat. H39-79/1985 F
ISBN 0-662-92920-9

L'immensité et l'hétérogénéité du Canada ont engendré une grande variété de formes de vie communautaire, ainsi que de modèles de sociétés, de cultures et de services dont d'excellents modèles permettant de traiter et d'aider les personnes souffrant de maladie ou de déficience mentale. Le présent texte, qui a été rédigé à la demande de la Division de la santé mentale de Santé et Bien-être social Canada, est le troisième d'une série de publications portant sur les modèles de services de santé mentale au Canada. On y décrit les services de santé mentale de la Colombie-Britannique en milieu rural, des services qui parviennent jusqu'aux petites collectivités et aux régions incultes et difficilement accessibles qui composent une grande partie de notre pays.

Le texte original a été rédigé par le docteur J.L. Kyle, conseiller en services extérieurs, Services de santé mentale, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, qui mérite toute notre gratitude.

Brenda Wattie, Ph.D.
Directrice, Division de la santé mentale
Santé et Bien-être social Canada

AVANT-PROPOS

C'est un plaisir pour la Division des services de santé mentale du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique que de collaborer à la rédaction de la présente série sur les modèles de services communautaires de santé mentale. Cela nous donne l'occasion de décrire des programmes de santé mentale novateurs et permet au Ministère de reconnaître publiquement les services précieux rendus par son personnel extérieur.

À cause de la situation économique actuelle, il est nécessaire de concevoir des programmes communautaires rentables et qui répondent aux besoins. Nous croyons qu'en appliquant les principes exposés dans la présente brochure nous pourrons continuer à élaborer et à offrir une gamme étendue de programmes communautaires de santé mentale, de même qu'à répondre aux besoins nombreux et variés des collectivités de la Colombie-Britannique.

Brian D. Copley
Directeur administratif intérimaire
Division des services de la santé mentale
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

TABLE DES MATIÈRES

Page

Les services de santé mentale en milieu rural de la Colombie-Britannique 1

Les dispensaires mobiles 4

Le programme de formation professionnelle 6

Les programmes de soins parallèles 8
- L'approche psychopédagogique 8
- Le modèle "Cariboo" 10
- La ferme communautaire de Providence 11
- Le Programme de dynamique de vie de Kelowna 13
- Le camping pratiqué à des fins thérapeutiques 14
- La Rocky Mountain Housing Society 16

Sommaire 18

Annexe I 19

LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE EN MILIEU RURAL DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

La Division des services de santé mentale du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique offre une gamme étendue de programmes de santé mentale, y compris des services en établissement et au sein des collectivités.

Jusqu'au début des années 60, les services communautaires de santé mentale n'étaient offerts que dans les deux principales régions métropolitaines de la Colombie-Britannique. Les soins psychiatriques aux malades hospitalisés étaient offerts par "Riverview", hôpital psychiatrique provincial situé près de Vancouver. Cependant, les services de santé mentale en clinique externe étaient limités ou inexistants, en particulier dans les régions rurales éloignées. Parce que le traitement des malades à l'extérieur de leur collectivité retardait la prestation des services nécessaires et bouleversait la vie des intéressés, les soins administrés en milieu hospitalier duraient souvent plus longtemps et coûtaient fréquemment plus cher qu'ils ne l'auraient dû. Avec l'aide du docteur A.E. Davidson, sous-ministre chargé des services de santé mentale, le centre de santé mentale de Kelowna, qui inaugurait une ère nouvelle dans le domaine de la prestation des services de santé mentale en Colombie-Britannique, a été créé vers le milieu de 1962. Situé dans la vallée de l'Okanagan, à environ 400 km au nord-est de Vancouver, et dirigé par le docteur Frank McNair, le centre de santé mentale de Kelowna a vite montré la valeur d'un programme communautaire de santé mentale. À la fin de la première année d'existence du centre, le taux des malades de la région de Kelowna admis à Riverview avait décru de plus de 30 p. 100. Cependant, les soins en établissement continuaient d'être la principale ressource des habitants de la Colombie-Britannique; en effet, au milieu des années 60, le nombre total de cas dont s'occupaient les centres de santé mentale de Burnaby, Kelowna et Victoria étaient de 1400, tandis que 2800 personnes environ étaient hospitalisées à Riverview.

Sous la direction des deux sous-ministres suivants, le docteur F.G. Tucker et M. Alex Porteous, l'appui accordé aux programmes de santé mentale en milieu rural est demeuré constant et la disponibilité des services communautaires de santé mentale s'en est trouvée très fortement accrue dans toute la province. En 1974, la province comptait 30 centres de santé mentale s'occupant de 13 000 cas au total tandis que le nombre des malades hospitalisés à Riverview n'était plus que de 1600 environ. À l'heure actuelle, il y a, en Colombie-Britannique, 52 centres de santé mentale et bureaux auxiliaires (voir la carte); ils s'occupent d'à peu près 19 000 cas au total, tandis que la clientèle de Riverview ne compte plus que 1000 personnes, nombre susceptible de diminuer encore.

Voilà des chiffres impressionnants, même si l'on ne fait que comparer les coûts des services offerts: par exemple, les services aux consultants externes ne coûtent que plusieurs centaines de dollars par année par personne, tandis que le coût des services aux malades hospitalisés peut atteindre plusieurs milliers de dollars par personne. Les gains en termes de facteurs psychosociaux non quantifiables tels que le bien-être du malade et de sa famille sont considérés comme tout aussi importants.

Les programmes communautaires de santé mentale en Colombie-Britannique ont fini par former deux modèles distincts de services; le modèle urbain et le modèle rural, fondés sur les tendances démographiques provinciales.

Le modèle urbain a déjà été décrit dans l'une des publications de la présente série[1]. Nous voulons traiter ici des programmes de santé mentale en milieu rural.

Les centres communautaires de santé mentale de la Colombie-Britannique sont chargés d'offrir à la population en général, y compris les enfants et les adultes, des services dans les collectivités. Pour que ce mandat soit rempli, toutes les personnes souffrant de troubles mentaux doivent recevoir des soins adéquats dans la mesure où les ressources existantes le permettent; les services offerts peuvent comprendre une évaluation, un traitement, un contrôle ultérieur et une orientation vers d'autres programmes. Chaque centre de santé mentale doit déterminer qui recevra, en priorité, ces services d'évaluation de l'état de santé mentale, de traitement et de consultation, afin que les services en question soient offerts à ceux qui en ont le plus besoin et à ceux qui en profiteront le plus. Au moment de déterminer qui servir en priorité, le centre de santé mentale doit tenir compte de la nature et de la gravité des troubles, de l'effet d'un traitement éventuel, de la portée des troubles sur la santé, le bien-être et le fonctionnement de la personne, des répercussions du problème sur la famille et la société, et de l'existence d'autres ressources convenables. Ces lignes directrices doivent permettre une prestation équitable des services.

En moyenne, chaque centre de santé mentale emploie un personnel composé de six professionnels (les centres emploient de 1 à 20 professionnels) et dessert un bassin de population comprenant environ 80 000 personnes (le plus petit bassin de population compte 14 000 personnes et le plus grand, 120 000).

La plupart des postes fonctionnels sont occupés par des travailleurs sociaux, des infirmières et infirmiers et des psychologues, bien qu'à peu près la moitié des centres aient périodiquement accès à des services psychiatriques. De façon générale, c'est une équipe pluridisciplinaire qui offre les services; chacun des membres de cette équipe joue le rôle de "généraliste" de la santé mentale en plus de faire profiter les autres des connaissances qui sont propres à sa profession. Chaque centre de santé mentale a également à sa disposition un "spécialiste" en la personne du travailleur social de la résidence protégée qui est responsable des soins aux invalides chroniques en milieu communautaire. Les principaux objectifs du programme de résidence sont, entre autres, d'offrir aux malades mentaux chroniques un logement en milieu communautaire, pourvu de services de réadaptation, et des soins nécessaires, ainsi que de les préparer à vivre de façon plus autonome dans leur collectivité. Le succès de ce programme est responsable, dans une large mesure, de la réduction du nombre des malades hospitalisés à Riverview.

De façon générale, la taille du centre de santé mentale en milieu rural dépend de la répartition de la population locale: plus le milieu est rural et la population dispersée, plus le centre est petit. Cependant, lorsqu'un centre de santé mentale est enfin établi en milieu rural, les services qui peuvent alors être offerts ne répondent

[1] ("Service de santé mentale de l'agglomération de Vancouver – Modèle de service de santé mentale dans une communauté urbaine"); on peut se procurer cette publication en s'adressant à la Division de la santé mentale, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa (Ontario) K1A 1B4

habituellement pas aux attentes de la collectivité concernant l'envergure et l'impact de ces services. Cette situation a été la source de beaucoup de frustrations pour le personnel, mais elle l'a obligé en même temps à trouver des moyens novateurs de répondre aux besoins et aux attentes de la collectivité.

Les professionnels de la santé mentale en milieu rural découvrent rapidement qu'on s'attend à ce qu'ils puissent tout faire pour tout le monde; de telles attentes transcendent souvent les limites traditionnelles des services de santé mentale. Par conséquent, les travailleurs de la santé mentale en milieu rural doivent savoir déterminer de façon pragmatique les services qu'ils peuvent, ou non, offrir et apprendre, dans beaucoup de cas, à prendre part à des activités communautaires non traditionnelles et non professionnelles. La pénurie ou même l'absence de ressources supplémentaires dans beaucoup de ces régions, limite encore davantage les professionnels de la santé mentale en milieu rural.

Devant ces réalités, la plupart des professionnels admettent bien vite que leur formation les a bien peu préparés à établir des limites selon les circonstances et à organiser les services communautaires de santé mentale en se fiant à leur instinct. Les responsables des services de santé mentale en milieu rural sont constamment aux prises avec un dilemme lorsqu'il s'agit du sens (large ou strict) à donner aux notions capacité et responsabilité des services. Le fait d'étendre le champ d'action en santé mentale pourrait être considéré comme une tentative admirable, de la part des professionnels de la santé mentale, en vue de relever les défis lancés par la société. Cependant, cela pourrait avoir pour conséquence une imprécision des limites des services communautaires de santé mentale qui donnerait lieu à des attentes irréalistes et impossibles à satisfaire ou à une extension dénuée de sens du concept de "santé mentale communautaire". Savoir où s'arrêter demeure extrêmement difficile.

Les responsables des programmes de santé mentale en milieu rural de la Colombie-Britannique ont été forcés d'utiliser une combinaison plutôt hétéroclite de modèles médicaux, psychopédagogiques et psychosociaux de services communautaires de santé mentale. On vise principalement à aider chaque collectivité à assumer davantage ses responsabilités à l'égard de ses membres et à les prendre davantage en charge.

Les trois programmes les plus importants qui ont été mis au point pour que cet objectif soit atteint sont les suivants: le réseau des dispensaires mobiles, le programme de formation professionnelle et les programmes de soins non professionnels. Nous allons maintenant nous pencher sur chacun de ces programmes.

LES DISPENSAIRES MOBILES

L'immensité de la Colombie-Britannique, le grand nombre de petites agglomérations et les groupements encore plus petits de professionnels de la santé mentale dans les régions éloignées ont fait d'un réseau de services offerts par des dispensaires mobiles une solution logique.

À l'heure actuelle, 22 centres de santé mentale et bureaux auxiliaires assurent le fonctionnement de 40 dispensaires mobiles dans leur région. En plus de ces dispensaires qui offrent des services réguliers, 11 unités se déplacent sur demande. Pour augmenter les services offerts, le ministère de la Santé accorde également une subvention au *Health Sciences Centre Hospital* de l'université de la Colombie-Britannique, pour le financement du programme "Outreach" qui permet d'offrir des services psychiatriques, par l'entremise d'un dispensaire mobile, aux habitants de certaines régions rurales de la province.

Au cours d'un mois typique, les dispensaires mobiles de la province parcourent environ 19 400 km. Les distances parcourues aller-retour vont de 26 à 960 km, la distance moyenne étant de 225 km. La fréquence des visites des dispensaires varie; celle-ci va de deux jours par semaine à une journée par mois. Le lecteur qui connaît les régions rurales du Canada admettra sans doute que ces expéditions ne sont pas exactement des promenades dominicales. Le terrain, les modes de transport et la température concourent à rendre beaucoup de ces voyages mémorables. Les travailleurs, qui doivent voyager par voie terrestre, maritime ou aérienne, utilisent des hydravions à flotteurs, des hélicoptères, des traversiers, des canots automobiles, des camions à quatre roues motrices et le véhicule familial. Ils ont également dû parfois se servir de pirogues. Certains se sont vu immobiliser par le brouillard, la neige, une mer démontée, des glissements boueux ou des prédateurs en colère. Il est même arrivé que des avions perdent une porte et que les passagers assistent à un spectacle vraiment inoubliable: celui de porte-documents, de dossiers, de chaussettes et des sous-vêtements tourbillonnant dans le sillage aérodynamique de l'avion. Malgré ces "aventures" (ou peut-être à cause d'elles), le personnel continue d'accepter de se déplacer, et de 142 à 157 jours-personnes par mois et par centre de santé mentale participant sont actuellement consacrés aux services offerts par l'entremise des dispensaires mobiles.

Les dispensaires mobiles ont été accueillis avec enthousiasme par les collectivités isolées qui avaient désespérément besoin de services de santé mentale quels qu'ils soient. Cependant, on s'est vite aperçu qu'un modèle médicale de services ne donnait pas entièrement satisfaction. L'évaluation de l'état de santé mentale et la consultation demeurent des services nécessaires et précieux pour ces collectivités, mais celles-ci ont aussi besoin de services thérapeutiques; malheureusement, les visites périodiques de spécialistes de l'extérieur permettent difficilement de répondre à ce besoin. Les dispensaires mobiles offrent des services adéquats d'intervention d'urgence, mais il n'est pas toujours facile de faire coïncider les situations critiques avec la date des visites des dispensaires. De plus, un service qui n'est offert qu'une ou deux fois par mois ne satisfera pas une personne qui s'attend à des soins réguliers et continus.

Voici essentiellement le message que les collectivités n'ont pas tardé à nous transmettre: "Merci pour l'évaluation; vous avez confirmé nos soupçons; et merci pour la consultation; vous nous avez donné de bons conseils. Maintenant, *qui* va soigner ces personnes? Nous, nous en sommes incapables!"

Les intervenants locaux ont tenté d'offrir les services de suivi recommandés, mais l'absence de professionnels de la santé mentale a manifestement limité leur efficacité. De toute évidence, les collectivités avaient besoin d'une autre forme d'aide. Il n'était certes pas réaliste d'envisager d'installer des professionnels de la santé dans ces collectivités dans un avenir prévisible. Il était cependant évident que beaucoup des problèmes rencontrés par le personnel des dispensaires mobiles pouvaient être réglés par les personnes intéressées elles-mêmes, si elles parvenaient à développer certaines aptitudes. Pour répondre à ce besoin, on a ajouté une composante psychopédagogique aux services offerts par les dispensaires mobiles. Les premières tentatives ont été faites sans être structurées et sans trop de préparation, et elles n'ont pas toujours été répétées. Rétrospectivement, on s'aperçoit qu'il y a eu des programmes visant à accroître la compétence parentale, des programmes destinés à aider les enseignants à influencer le comportement de leurs élèves, des séances organisées à l'intention des époux et des familles sur l'art de communiquer, des cours de formation de base en orientation à l'intention des bénévoles et d'autres activités semblables. Ces premiers programmes de formation, qui n'ont rien d'exceptionnel de nos jours, constituaient à l'époque des expériences sans précédent pour beaucoup de ces collectivités isolées. Le fait que beaucoup de ces programmes existent encore montre bien l'utilité d'une telle approche et, conformément à la philosophie préconisant le développement des compétences locales en santé mentale, la plupart d'entre eux sont mis en application par les membres des collectivités. Ces programmes ont ajouté une dimension nouvelle aux services directs d'évaluation, de consultation et de traitement, et ils ont engendré toute une gamme de programmes permettant aux dispensaires mobiles de répondre aux besoins uniques des petites collectivités rurales isolées.

Autre fait d'égale importance, les efforts du personnel extérieur en vue d'enrichir les connaissances en santé mentale des membres des collectivités locales ont également mené à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'un programme de formation professionnelle en santé mentale d'envergure provinciale.

LE PROGRAMME DE FORMATION PROFESSIONNELLE

Étant donné le caractère dynamique du domaine de la santé communautaire, il est essentiel que les professionnels reçoivent régulièrement un type de formation quelconque pour pouvoir demeurer compétents. D'ailleurs, la plupart des associations professionnelles s'attendent à ce que leurs membres participent à un quelconque programme de perfectionnement. Pour les professionnels de la santé mentale en milieu urbain, il n'est pas particulièrement difficile d'obtenir une telle formation; les cours universitaires, les ressources des bibliothèques des universités, une foule d'ateliers et des contacts réguliers avec d'autres professionnels de la santé mentale permettent d'élaborer un programme diversifié et sensé de formation professionnelle.

Les professionnels en milieu rural, par contre, se heurtent à des obstacles très réels lorsqu'ils veulent maintenir et accroître leur compétence. Quelles ressources ces personnes ont-elles à leur disposition pour se perfectionner? Elles peuvent être abonnées à quelques revues, communiquer par téléphone avec des collègues dans la même situation ou, peut-être, faire de temps en temps un pèlerinage coûteux à un temple du savoir en milieu urbain. Il est évident que l'absence relative de moyens de perfectionnement contribue au roulement et au découragement du personnel en milieu rural.

Le modèle conçu par les services de santé mentale pour relever ce défi a fini par être connu sous le nom de *Clinical Training Program*. Bien qu'il ne puisse répondre à tous les besoins en formation et qu'il n'ait pas été conçu pour le faire, ce programme peut offrir à beaucoup de gens, pour un coût minime, une formation utile de courte durée.

On a décidé au départ que le personnel ressource, ou corps enseignant devrait être puisé parmi les professionnels du Ministère. L'idée d'avoir recours à ces derniers pour la formation de leurs collègues était séduisante parce qu'elle permettait de réaliser des économies: on n'a pas à verser des honoraires ou un salaire au corps enseignant, puisqu'il est déjà rémunéré. Les seuls coûts supplémentaires en argent sont les frais de déplacement, puisque les ateliers parrainés par le programme de formation professionnelle sont tenus, sur demande, dans les centres locaux de santé mentale. Cependant, il faut payer un autre coût, passablement intangible celui-là: le corps enseignant peut avoir quelque difficulté à accomplir ses tâches habituelles si les ateliers sont en grande demande. Cela ne s'est toutefois pas révélé un problème majeur.

Le fait que du personnel du Ministère constituait le corps enseignant a également été utile au personnel extérieur. On trouve chez les quelque 1200 professionnels de la santé mentale employés par le ministère de la Santé une gamme étendue de compétences et d'intérêts directement liés aux pratiques communautaires en santé mentale; on était donc certain que, durant les ateliers, le personnel extérieur apprendrait quelque chose d'utile et de pratique. De plus, les moniteurs eux-mêmes tiraient profit d'une telle entente, en effet, le défi constitué par la conception et la présentation d'ateliers utiles à des collègues, et la possibilité de visiter différentes parties de la province se sont révélés de puissants stimulants pour le personnel

provincial. Parce que les ateliers ne sont présentés que dans les collectivités qui possèdent un centre de santé mentale, les voyages effectués par le corps enseignant ne sont pas aussi fertiles en aventures que certains des voyages du personnel des dispensaires mobiles. Cela ne veut toutefois pas dire que le fait d'être un moniteur ne comporte aucun danger: Un pauvre malheureux par exemple, a passé une heure à l'aéroport de Vancouver à tenter de convaincre des agents de la G.R.C. sceptiques que les coffrets noirs rangés dans sa valise devaient servir à présenter un atelier sur la rétroaction biologique et non à détourner sur Vladivostok l'avion à destination de Prince George.

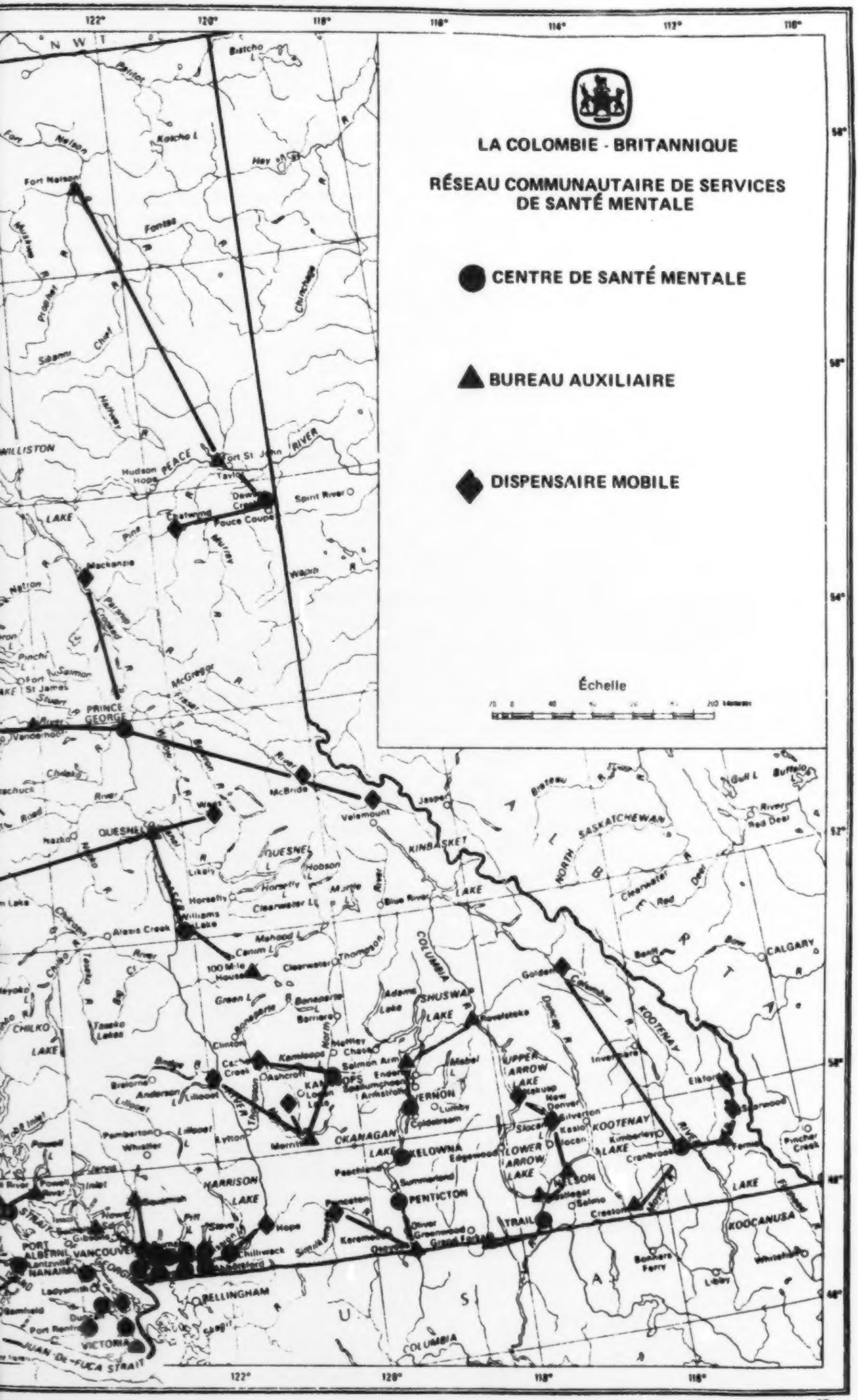
Le programme de formation professionnelle est renouvelé chaque année. On demande, chaque année, à des professionnels de la santé mentale du Ministère de mettre sur pied et de présenter un atelier dans leur domaine de spécialisation. Des volontaires soumettent leur projet d'atelier au comité de l'éducation permanente qui choisit les ateliers à inscrire au calendrier des activités pour l'année. Les ateliers acceptés doivent porter sur des sujets jugés prioritaires par le Ministère et pouvoir étendre les connaissances et accroître la compétence du personnel de ce dernier.

Une fois les ateliers sélectionnés, un répertoire annuel contenant un exposé sur les antécédents professionnels de chaque moniteur ainsi qu'un sommaire de chacun des ateliers est constitué. Ce répertoire permet à chaque centre de santé mentale de se composer un programme de perfectionnement professionnel adapté aux besoins du personnel local. Les choix d'ateliers sont ensuite communiqués au comité de l'éducation permanente qui est responsable de la coordination et de l'ordonnancement des présentations et d'autres questions du genre.

Bien que le programme de formation professionnelle ait d'abord été conçu uniquement pour les employés du Ministère, il est devenu évident que les services qu'il rendait pouvaient être utiles à d'autre personnel ressource des collectivités locales qui n'a pas tardé à demander à pouvoir assister aux ateliers. Résultat, le programme original s'est développé et les directeurs des centres locaux de santé mentale peuvent maintenant inviter à n'importe quel atelier les travailleurs locaux qui pourraient profiter du matériel présenté. Maintenant, des médecins, du personnel infirmier, des enseignants, des conseillers, des agents de probation et des bénévoles assistent régulièrement aux ateliers. Donc, le programme de formation professionnelle ne fait pas qu'aider les professionnels de la santé mentale isolés à se perfectionner; il favorise également le perfectionnement, la collaboration et l'interaction au niveau du réseau local de ressources communautaires. Ces résultats s'accordent évidemment avec la philosophie du modèle des services communautaires de santé mentale suivant laquelle une approche strictement traditionnelle ne peut permettre de répondre à tous les besoins d'une collectivité sur le plan de la santé mentale.

Le programme de formation professionnelle s'est avéré très utile aux collectivités isolées et rurales et il continue à être très en demande dans la province. Au cours de la dernière année civile, 40 équipes d'enseignants ont tenu plus de 200 ateliers et plus de 5000 personnes ont participé à ces derniers. Ces chiffres montrent bien que le programme de formation professionnelle, qui avait été d'abord conçu comme un programme de perfectionnement professionnel pour les employés du Ministère, a pris de l'expansion et s'occupe maintenant du perfectionnement des ressources communautaires.

138°
136°
134°
132°
130°
128°
126°
60°
58°
56°
54°
52°
50°
Bennett
Teslin Lake
ATLIN LAKE
Atlin
Tagish Lake
Skagway
Lower Post
LIARD
Cassiar
Dease
LYNN CANAL
CROSS SOUND
Juneau
STEPHENS PASSAGE
CHATHAM STRAIT
Sitka
Telegraph Creek
Stikine
Tuya
RIVER
Dease L
Turnagain
Kechika
Thutade L
Bowser L
RIVER
Ketchikan
Stewart
Portland
NASS
SKEENA
Hazelton
Bulkley
Smithers
Telkwa
Granisle
BABINE LAKE
TAKLA LAKE
Terrace
Houston
Burns Lake
François L
Ootsa L
Kitimat
DIXON ENTRANCE
PRINCE RUPERT
Masset
Port Clements
Queen Charlotte
HECATE STRAIT
Douglas Chan
Gardner
Kemano
Tahtsa
Whitesail L
Eutsuk L
Butedale
Laredo Sd
Milbanke Sd
Ocean Falls
Bella Coola
Hagensborg
Namu
Owikeno L
QUEEN CHARLOTTE SOUND
Smith Sound
Allison Harbour
Port Hardy
Port Alice
Quatsino Sound
Zeballos
Tahsis
Kyuquot Sound
Nootka Sound
OCÉAN PACIFIQUE


LA COLOMBIE - BRITANNIQUE
RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DE SERVICES
DE SANTÉ MENTALE
CENTRE DE SANTÉ MENTALE
BUREAU AUXILIAIRE
DISPENSAIRE MOBILE
Échelle

LES PROGRAMMES DE SOINS PARALLÈLES

Les professionnels de la santé mentale en milieu rural de la Colombie-Britannique ont montré qu'ils croient fermement que l'appui de la collectivité et le développement communautaire sont essentiels à la prestation de services communautaires de santé mentale efficaces. Ils se sont également engagés à rendre chaque collectivité plus autonome et plus apte à s'occuper de ses membres par la transmission des connaissances et le transfert des responsabilités professionnelles à des "agents de changement" locaux. Pour ce faire, il faut donner un sens plus large au concept traditionnel d'activité communautaire de santé mentale et accepter que la collectivité joue un rôle plus grand dans la prestation des services, et les professionnels, un rôle moins important.

Les diverses activités non traditionnelles de bon nombre des centres de la santé mentale en milieu rural de la Colombie-Britannique illustrent bien cette tendance. Le docteur William Hollister de l'université de la Caroline du Nord considère ces types d'activités comme des services de rechange non professionnels pouvant coexister avec les services professionnels traditionnels pour l'amélioration des services de santé mentale en milieu rural. Essentiellement, avec un système de soins mixte ou à deux volets, des techniques d'intervention en santé mentale complètent les services traditionnels d'orientation ou de traitement. À ce stade-ci de leur développement, bon nombre des programmes et activités de la Colombie-Britannique sont passablement individualisés et adaptés aux besoins particuliers des collectivités. On ne sait pas encore si ces expériences pourraient être facilement répétées ailleurs; toutefois, la description de certaines de ces activités devrait aider d'autres régions à élaborer des programmes semblables.

L'approche psychopédagogique

Plusieurs centres de santé mentale en milieu rural offrent des programmes psychopédagogiques en plus de leurs autres services. Beaucoup des problèmes qui leur sont exposés semblent relever de manifestations de comportements inefficaces ou de troubles d'apprentissage plutôt que d'une pathologie grave, et semblent pouvoir réagir à des interventions autres que les soins traditionnels. Dans de tels cas, le malade ou le client peut jouer le rôle d'"étudiant", et l'"enseignant" peut remplacer le "thérapeute". De plus ces étudiants n'ont pas besoin de se faire "traiter"; ils peuvent plutôt prendre part à des séances de formation et faire des travaux dirigés. Une telle approche est rentable, parce qu'elle permet d'écarter les personnes susceptibles de tirer parti de services psychopédagogiques, des services traditionnels qui sont plus coûteux, ceux-ci devenant ainsi plus accessibles aux personnes souffrant de troubles plus débilitants.

Plusieurs de nos programmes de santé mentale sont parrainés également par les collèges communautaires locaux et ils offrent des programmes d'études parmi lesquels les étudiants peuvent choisir. L'on vise ainsi à confier plus carrément à l'étudiant ou au malade la responsabilité d'un changement et à réduire la dépendance qui est associée à beaucoup d'interventions professionnelles plus traditionnelles.

Par exemple, un centre de santé mentale de la vallée du Fraser offre, au collège local, divers cours portant sur des sujets tels que l'art d'être parent, la lutte contre le stress, la compréhension de soi et la résolution des problèmes.

Ces cours sont conçus pour développer chez les gens les aptitudes à la vie en société sans faire naître chez ces derniers le sentiment de défaite éprouvé par beaucoup de gens orientés vers un centre de santé mentale pour des troubles de l'adaptation. Le fait d'offrir ces cours dans un établissement communautaire très fréquenté, comme un collège communautaire, aide à faire comprendre aux gens que la lutte contre les agents stressants de l'existence devrait être considérée comme une chose normale.

Un autre centre, situé celui-là sur l'île de Vancouver, s'est inquiété du nombre extraordinairement élevé de femmes déprimées qu'on lui adressait et a commencé à étudier des moyens non traditionnels de régler ce genre de problèmes. Une série de cours, "Expressions for Women", ont été mis sur pied et offerts sous les auspices du collège communautaire local. Ces cours, qui durent huit semaines, offrent une formation dans les domaines suivants: art de communiquer, estime de soi, affirmation de soi, santé, sexualité, mariage et travail. L'un des buts visés par cette série de cours consiste à encourager les gens à utiliser les réseaux d'entraide qui existent dans un environnement normal. Ces réseaux, en particulier les réseaux "maillés" qui se concentrent sur le problème plutôt que sur le client, renforcent le sentiment qu'ont les participants d'être étroitement unis et augmentent les chances de croissance personnelle grâce à un échange actif de connaissances et de ressources. L'un des avantages du réseau d'entraide, c'est que non seulement chacun reçoit-il des services, mais encore offre-t-il ensuite des services aux autres. Ce programme illustre bien les changements survenus au niveau du mode de prestation des services communautaires de santé mentale, car le groupe visé avait reçu des soins professionnels individualisés avant la mise sur pied du programme psycho-pédagogique. Au début, le cours ressemblait à un programme de sociothérapie, puisqu'il était offert essentiellement par des professionnels de la santé mentale; mais des travailleurs locaux sont devenus moniteurs, une fois les cours normalisés, et ceux-ci sont maintenant essentiellement la responsabilité de la collectivité. À l'heure actuelle, les services de santé mentale jouent le rôle de services d'orientation.

Plusieurs centres de santé mentale ont repéré, parmi la population locale, des éléments à risques élevés et ont conçu des moyens non traditionnels de faire face à des problèmes en puissance, en plus d'offrir leurs services thérapeutiques habituels. Les personnes nouvellement séparées ou divorcées sont l'un de ces éléments. Celles-ci forment souvent un pourcentage important des personnes qui demandent à recevoir des services; nous avions donc pour objectif de les aider à acquérir des aptitudes à la vie quotidienne pouvant neutraliser l'influence débilitante exercée par la solitude, la colère et l'isolement dont bon nombre de ces personnes font l'expérience, et à modifier des aptitudes sociales et professionnelles inefficaces ou d'une autre époque. Bien que les programmes individuels varient d'un centre à l'autre, ce que l'on cherche avant tout, c'est de permettre aux membres du groupe visé de traverser plus facilement les étapes difficiles qui sont associées à la séparation ou au divorce.

La charge de travail des professionnels de la santé mentale est souvent si grande qu'ils ne peuvent se permettre d'accorder beaucoup de temps aux problèmes d'adaptation ou aux aptitudes à la vie quotidienne, si utile que cela puisse être; un modèle psychopédagogique s'est avéré un moyen non traditionnel efficace et valable de fournir une aide de ce genre. Des variantes de cette méthode ont été adoptées par la plupart de nos centres en milieu rural et, littéralement, des milliers d'habitants des collectivités ont participé à ces programmes.

Le recours à des bénévoles est une autre façon d'accroître le nombre des services de santé mentale. L'intégration d'un corps actif de bénévoles aux services communautaires de santé mentale est une stratégie employée couramment, mais qui comporte plusieurs avantages et inconvénients pour le professionnel et la collectivité. Le bénévole peut jouer le rôle de prolongement du conseiller professionnel, ce qui permet à plus de gens d'avoir accès à des services de consultation autrement peu nombreux; ces personnes sont enthousiastes et pleines d'énergie, et il se peut qu'elles comprennent mieux les besoins et la dynamique de la collectivité que le professionnel. À titre de bénévoles, elles sont disponibles à des moments où la plupart des professionnels ne le sont pas et elles peuvent prendre part à des activités qui, sans elles, seraient impossibles dans les limites du budget accordé. Cependant, l'enthousiasme ne peut remplacer la compétence et la formation; la connaissance des problèmes de la collectivité peut ne pas toujours s'accompagner de la compréhension des questions d'éthique et de confidentialité; de plus, l'engagement et la disponibilité des bénévoles peuvent être influencés par divers facteurs importants liés à leur vie privée. À cause de cela et pour d'autres raisons, le recours à des bénévoles n'est pas la solution idéale aux problèmes de la rareté des ressources professionnelles; les travailleurs bénévoles peuvent toutefois jouer un rôle secondaire d'une valeur inestimable.

Le succès d'un programme mis en oeuvre par des bénévoles dépend de nombreux facteurs intimement reliés, comme le montre bien l'exemple qui suit.

Le modèle "Cariboo"

À Williams Lake et à Quesnel, deux villes de l'intérieur de la Colombie-Britannique, des bénévoles ont réussi à accroître le nombre des services professionnels existants en mettant au point, conjointement avec le centre local de santé mentale, un programme non professionnel d'orientation régional.

Ce programme confié à des bénévoles, le modèle "Cariboo", existe depuis presque aussi longtemps que le centre local de santé mentale et, avec l'appui et l'assentiment de la collectivité, il a été couronné de succès. Le personnel du centre de santé mentale attribue cette réussite à beaucoup de facteurs dont l'existence d'un fort appui communautaire que l'on a su cultiver et maintenir. Il est souhaitable que le programme soit, dans une certaine mesure, administrativement et financièrement indépendant du centre de santé mentale; si l'on veut que le programme relève vraiment de la collectivité, il faut collaborer avec ses responsables et non chercher à les contrôler. Puisque bien choisir ces derniers est, de toute évidence, d'une importance extrême, tous les participants en puissance doivent être soigneusement évalués; les élus feront ensuite l'objet d'une initiation, puis d'une formation continuelle. L'une des tâches des professionnels consiste à veiller à ce que les travail-

leurs bénévoles gardent le moral, puisqu'un bon moral est nécessaire. Dans le cas du modèle "Cariboo", les professionnels du centre de santé mentale y arrivent en communiquant régulièrement avec les bénévoles, en leur offrant une formation permanente qui les stimule et en reconnaissant publiquement les services rendus par ces derniers. (Après six mois de travail, les bénévoles reçoivent un certificat de l'Association canadienne pour la santé mentale.) Les programmes mis en oeuvre par des bénévoles devraient être structurés de manière que les objectifs, les méthodes et les responsabilités soient définis clairement et qu'un contrôle puisse être exercé, mais ni les programmes ni les bénévoles ne devraient chercher à accomplir une tâche au-dessus de leurs moyens. Il vaut mieux offrir des services réduits mais efficaces que de connaître l'échec parce qu'on s'est fixé des buts trop difficiles à atteindre.

Dans le cadre de ce programme, les collectivités ont accès à divers services, dont des services d'orientation, lesquels sont fonction de l'expérience et de la compétence des bénévoles. Parmi les autres services offerts, on compte un service téléphonique d'urgence, un programme de "salutations quotidiennes" dans le cadre duquel des bénévoles s'engagent à téléphoner, chaque jour, à certains clients pour leur fournir un appui continuel, un programme non professionnel de counseling personnel qui permet de conseiller et soutenir les clients, et d'intervenir en cas d'urgence, une "équipe volante" dont les membres répondent en personnes aux appels provenant de leur région et un centre d'activités qui favorise la réinsertion sociale des personnes qui souffrent de troubles mentaux et affectifs ou de handicaps physiques et où celles-ci se soutiennent mutuellement, grâce à des échanges en groupe. Au moins un de ces éléments du modèle "Cariboo" est disponible en tout temps. Le calibre des services offerts est élevé, leur volume est maintenu à un niveau que le centre de santé mentale ne pourrait maintenir seul et la collectivité en profite.

Les responsables du modèle "Cariboo" sont à mettre au point un "système thérapeutique à trois volets interdépendants", afin que les services de santé mentale bénéficient le plus possible à la collectivité et cela, au coût le moins élevé possible. Les trois volets dont il est question pour la prestation des services de santé mentale sont les soins d'ordre professionnel, l'éducation et les soins non traditionnels. On envisage à l'heure actuelle d'utiliser un ordinateur pour intégrer ces trois volets, et le groupe s'attend à pouvoir mettre au point un modèle souple, capable d'offrir à la collectivité au moins sept types de services de santé mentale.

Les exemples ci-après montrent que des soins non traditionnels peuvent également être offerts aux malades atteints de troubles mentaux graves ou chroniques.

La ferme communautaire de Providence

Pendant plus de 125 ans, l'Ordre des soeurs de Sainte-Anne avait entretenu une ferme de 400 acres située sur le versant boisé de la vallée de Cowichan. Au fil des ans, ce lieu champêtre avait servi de retraite pour les religieuses, d'exploitation agricole et d'internat, mais il avait cessé en grande partie d'être utilisé à ces fins au cours de ces dernières années.

Il y a cinq ou six ans, un groupe de personnes ont commencé à envisager des moyens de transformer cette propriété en ressource communautaire. Leurs premières réunions ont donné naissance à la *Vancouver Island Providence Community Society*, un groupement voué à l'élaboration et à la réalisation de programmes sensés d'apprentissage d'aptitudes à la vie quotidienne à l'intention des personnes dont les besoins n'étaient pas entièrement satisfaits par les autres composantes du réseau médico-hospitalier.

Après s'être entendue avec les soeurs de Sainte-Anne pour louer la propriété, la société a assumé la responsabilité de la ferme de Providence. En plus de l'internat de quatre étages (20 000 pieds carrés), la propriété comptait plusieurs annexes, toutes plus ou moins délabrées et sens dessus dessous. Au cours de ces dernières années, la société s'est employée à réaménager la ferme pour parvenir à l'indépendance financière et, ce qui est plus important encore, pour procurer des emplois à des chômeurs chroniques dont la plupart souffrent de troubles affectifs d'un type quelconque. Ces personnes ont des besoins tels qu'elles doivent souvent faire l'objet d'une surveillance individuelle étroite lorsqu'elles travaillent; la plupart des employeurs étant incapables de leur fournir toute l'assistance nécessaire, ces personnes ne trouvent habituellement pas d'emploi sur le marché du travail. Les responsables du programme tentent de tendre la main à ces membres de la collectivité — des personnes qui souffrent de solitude affective ou qui ont besoin d'un programme communautaire stimulant.

Dès le début, la société a toujours insisté pour partager son expérience et son engagement avec la collectivité locale, afin de toujours faire partie intégrante de cette dernière. Par conséquent, les projets entrepris à la ferme reposent sur une participation active de la part des services sociaux et des organismes sanitaires locaux, y compris les travailleurs de la santé mentale, le personnel hospitalier affecté aux services de jour, la société des bénévoles pour la santé mentale et le personnel du ministère des Ressources humaines. La collaboration des travailleurs bénévoles et des conseils d'agriculteurs, d'aménagistes, de travailleurs sociaux, d'horticulteurs, d'entrepreneurs, de charpentiers et d'autres membres intéressés de la collectivité est tout aussi importante. Les responsables du programme Katimavik, qui est financé par le gouvernement fédéral, ont également participé activement à bon nombre des projets de la société. En outre, dernièrement, celle-ci est devenue admissible au programme de formation professionnelle subventionné par le gouvernement fédéral, ce qui lui permettra de former vingt-quatre jeunes désavantagés provenant d'établissements spécialisés.

Depuis qu'elle a commencé son travail, la société a rénové les locaux d'habitation de la vieille école qui peuvent maintenant être utilisés pour loger temporairement les indigents de la collectivité. La maison de ferme a été rénovée pour le directeur résident, une blanchisserie abandonnée a été transformée en maison de sept chambres à coucher et de nouveaux toits ont été installés sur la laiterie et la grange à foin. Une nouvelle clôture de mille pieds environ a été installée pour contenir le bétail, et un grande serre et un jardin maraîcher de 15 acres sont en voie d'aménagement.

Pour bon nombre des personnes qui travaillent dans le cadre de ces projets, même les tâches ordinaires associées à un horaire normal de travail sont un obstacle important. On s'efforce donc au début de leur enseigner les responsabilités qui sont associées au travail et ce qu'on attend d'eux. Chacun passe de tâches simples à des tâches de plus en plus complexes, dans la mesure où il est prêt à s'y attaquer. Les participants adoptent de bonnes habitudes de travail telles que l'assiduité et ils apprennent à fonctionner en tant qu'éléments d'une équipe de travail. Ils apprennent à manier les outils et l'équipement nécessaires aux travaux de la ferme, acquérant ainsi de l'expérience en élevage, en sylviculture, en production de terres à bois et dans des domaines connexes.

Ces projets ont pour objectif à long terme de fournir aux participants une formation de travailleurs agricoles, pour qu'ils puissent trouver de l'emploi dans le secteur agricole.

Parce que le projet de ferme va créer de nouveaux emplois et faire de la ferme de Providence une exploitation viable, tout en créant des ressources et des services supplémentaires dans le domaine des programmes sociaux, il devrait avoir d'heureuses répercussions sur la collectivité; plus de 200 personnes ont profité jusqu'à maintenant des divers programmes réalisés à la ferme.

Avec ses champs de foin, ses ventes de bovins, son jardin maraîcher et ses terres à bois, la ferme est en bonne voie de parvenir à l'autonomie, tout comme beaucoup de nos soi-disant malades "chroniques".

Le Programme de dynamique de vie de Kelowna

Le Programme de dynamique de vie de Kelowna a été conçu précisément à l'intention des malades chroniques qui ont du mal à fonctionner; il a pour objectifs fondamentaux d'aider ces personnes à acquérir diverses aptitudes à l'autonomie et d'améliorer leur qualité de vie sur les plans social et affectif.

Le programme a été conçu par l'ergothérapeute du centre de santé mentale qui s'inquiétait de ce que bon nombre des quelque 200 personnes qui résidaient dans les maisons de pension ne participaient pas réellement à la vie quotidienne de leur collectivité. La plupart des maisons de pension offraient à leurs pensionnaires l'occasion de faire l'apprentissage des aptitudes à la vie quotidienne, mais on s'est aperçu que cela ne suffisait pas au développement des aptitudes sociales au sein d'une collectivité.

La première démarche des responsables du Programme de dynamique de vie de Kelowna a été de créer un conseil composé de représentants des maisons de pension pour personnes souffrant de troubles mentaux. Ce conseil a entrepris une enquête sur les besoins des pensionnaires et il a découvert l'existence de lacunes sur le plan des aptitudes à la vie quotidienne dans les domaines suivants: soins personnels, utilisation des moments de loisir, autonomie, développement personnel et préparation au travail.

Les centres de santé mentale n'auraient pas disposé, loin de là, de suffisamment de temps pour offrir la formation nécessaire aux pensionnaires et, qui plus est, cela aurait déchargé la collectivité de ses responsabilités. Il valait donc mieux former un corps de bénévoles qui assumeraient la responsabilité des cours aux pension-

naires. Cependant, une entreprise d'une telle envergure nécessite aussi l'embauchage de personnel à plein temps; deux postes à plein temps ont donc été créés grâce à l'octroi de subventions.

Le coordonnateur des bénévoles est responsable du recrutement des travailleurs. On a mis au point une méthode assez rigoureuse de sélection des bénévoles qui permet non seulement de déterminer si ceux-ci possèdent les qualités nécessaires, mais encore d'orienter, compte tenu de leurs aptitudes et de leurs intérêts, les personnes choisies vers les secteurs où l'on a besoin de leurs talents particuliers. Le coordonnateur s'emploie également à stimuler l'intérêt et la motivation des bénévoles; il est donc chargé de concevoir des programmes qui maintiennent l'intérêt des bénévoles pour les activités en santé mentale et les incitent à continuer d'y participer.

L'autre employé à temps plein, le coordonnateur de l'enseignement, organise les modules de formation constitués par les bénévoles. Pour chaque cours, on élabore des leçons qui portent le plus possible sur des aspects concrets de l'existence. Pour former les pensionnaires, on les fait participer à des psychodrames, on leur enseigne par l'exemple et on les place dans des situations réelles où ils se trouvent encadrés.

Les cours comportent également une composante servant à l'évaluation des connaissances acquises pour que l'on puisse juger des progrès de chacun avec plus d'objectivité. La plupart des cours ont été mis à l'épreuve, puis modifiés en conséquence, et l'on a constaté chez les participants une amélioration sensible de leurs aptitudes à la vie en milieu communautaire.

Le modèle de Kelowna pourrait être utilisé dans n'importe quelle collectivité rurale et les modules de formation qui ont été conçus pourraient également être adaptés aisément aux besoins particuliers de chaque collectivité.

Le camping pratiqué à des fins thérapeutiques

Il n'existe pas, dans les collectivités rurales de la Colombie-Britannique, de services thérapeutiques en établissement, fonctionnant 24 heures sur 24, pour enfants perturbés, et les rares établissements du genre qui existent dans la région métropolitaine sont presque inaccessibles aux membres de ces collectivités en raison de leurs longues listes d'attente et de leur éloignement. Bien que le fait de placer des enfants en établissement comporte des inconvénients, des services de consultation externe ordinaires ne peuvent tout simplement pas fournir l'encadrement rigoureux et constant dont beaucoup de ces enfants ont besoin. Devant cet état de choses, un centre de santé en milieu rural de l'Île de Vancouver a tiré parti de son isolement et a conçu une méthode assez peu traditionnelle de prestations de soins intensifs aux enfants très perturbés.

Depuis maintenant plusieurs années, le personnel du *Port Alberni Mental Health Centre*, aidé par la collectivité, fait du "camping thérapeutique" avec des groupes d'enfants perturbés. Selon le personnel, le camping permet d'offrir à ces enfants des soins efficaces, de courte durée et, néanmoins, intensifs, et ceux-ci sont préférables, sur plusieurs plans, aux soins traditionnels en établissement. La pratique du camping permet non seulement de retirer les enfants de milieux mauvais

pour leur santé mentale, mais encore de leur offrir un milieu thérapeutique plus proche d'un environnement normal que les établissements spécialisés. Le dépaysement et la vie 24 heures sur 24 avec d'autres enfants et le personnel engendrent chez beaucoup d'enfants perturbés, des comportements pathologiques auxquels on peut trouver ensuite une solution concrète. Parce que la pratique du camping est associée à de nombreuses tâches et corvées, les enfants apprennent à se prendre en charge et à contribuer à un effort collectif constructif. L'un des très grands avantages du camping thérapeutique, c'est que les enfants se familiarisent avec les comportements normaux d'un adulte sain; en effet, parce qu'ils sont toujours en compagnie du personnel pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines, les enfants ont amplement l'occasion de se rendre compte qu'il est normal pour un adulte d'être parfois irritable et qu'ils ne doivent pas se sentir rejetés lorsqu'un adulte manifeste de l'irritabilité. Cette prise de conscience revêt une importance extrême pour les enfants perturbés qui se sont souvent sentis rejetés ou qui ont déjà éprouvés un sentiment malsain devant les sautes d'humeur d'un adulte. De plus, le camping thérapeutique est une pratique peu coûteuse (l'an dernier, par exemple, le coût a été de 440 $ par enfant pour 18 jours) et un moyen de formation pour les étudiants et les bénévoles.

La meilleure manière, peut-être, de bien rendre l'atmosphère de ce type de programme de soins non traditionnels, c'est de reprendre la description qu'en fait Michael Coates, directeur du *Port Alberni Mental Health Centre*.

> Par la pratique du camping thérapeutique, on vise à faire mener aux enfants une vie aussi normale que possible. En d'autres termes, il s'agit de vacances pour les enfants, mais ceux-ci les passent entourés de personnel qualifié capable de répondre à leurs besoins en matière de traitement et d'utiliser les techniques thérapeutiques nécessaires lorsque des problèmes se présentent. Chaque année, nous choisissons un groupe d'enfants différent; cette année, notre cinquième, nous nous sommes occupés de 10 garçons de 10 à 13 ans qui étaient gravement perturbés. Nous avons déjà formé des groupes mixtes, mais, cette fois, il valait mieux s'en abstenir en raison de la nature et de la gravité des troubles manifestés par ces jeunes. Sur les 10 garçons que nous amenions en camping, 5 avaient été exclus de l'école ordinaire à cause de leur comportement violent. Nous étions 5 adultes et nous avions à notre disposition un autocar (Variety Club Sunshine Coach) de 12 places et un camion de trois places que nous utilisions pour transporter la plus grande partie de notre matériel. Nous avons parcouru 6010 kilomètres en 18 jours et nous nous sommes aventurés jusqu'à San Diego. Nous avons fait ce que les touristes font habituellement — nous avons visité le zoo de San Diego, Seaworld et Disneyland, nous sommes allés sur la plage, etc. Nous avons également passé trois nuits sur la route durant lesquelles des liens entre les membres de l'expédition se sont créés. Durant la journée, les enfants devaient participer à des corvées lorsque leur tour était venu ou que le traitement le demandait — par exemple, pour punir un enfant ou pour faire respecter un engagement. Il convient de mentionner que tous les enfants avaient reçu des soins, en groupe pour la plupart, avant le départ et que la plupart vont continuer à être suivis par un professionnel. Le camping thérapeutique s'ajoute aux services thérapeuti-

ques plus conventionnels pour accroître le volume des services offerts et il s'adresse aux enfants qui pourraient tirer profit de soins intensifs prodigués 24 heures sur 24. Le traitement consistait, entre autres choses, à montrer aux enfants que leurs mécanismes de contrôle d'eux-mêmes étaient insuffisants ou inexistants, à augmenter leur résistance à la contagion et à les aider à comprendre leurs faiblesses. On est parvenu à modifier les écarts de comportement au moyen d'une approche behavioriste qui faisait peu appel à la rationalisation. Cependant, de façon générale, on tente de créer un milieu non menaçant sur le plan affectif, où les enfants sont entourés de chaleur humaine et d'affection et où ils peuvent assumer ce qu'ils ressentent, sans qu'on les critique ni qu'on les démolisse. Bien sûr, le personnel travaille très dur lorsqu'il fait du camping thérapeutique, mais il a toujours voulu répéter l'expérience.

À ce jour, près d'une centaine d'enfants ont profité du programme de camping de Port Alberni et plusieurs autres centres de santé mentale offrent maintenant, eux aussi, des programmes de ce genre dont certains s'adressent à des invalides chroniques d'âge adulte. Ces centres sont tout aussi enthousiasmés par les résultats obtenus grâce au camping thérapeutique.

La Rocky Mountain Housing Society

Jusqu'à tout récemment, la région de Kootenay y comptait peu de ressources communautaires viables à l'intention des personnes gravement perturbées sur le plan affectif. D'habitude, ces personnes étaient soignées à l'hôpital psychiatrique provincial situé à près de 500 kilomètres de là, puis elles étaient renvoyées dans leur collectivité où elles étaient relativement peu surveillées ou encadrées. Les collectivités de Kootenay ne pouvant guère les aider, ces personnes étaient souvent incapables de continuer à fonctionner dans leur milieu et elles se retrouvaient à l'hôpital.

Pour rompre ce cycle, la collectivité devait pouvoir renforcer, observer et développer les aptitudes sociales acquises par les malades de retour chez eux. Avec l'aide du *Cranbrook Mental Health Centre*, un groupe communautaire a été créé dans ce but bien précis. Celui-ci s'est vite aperçu que l'absence de logements locaux à prix raisonnable et adaptés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques qui revenaient vivre dans leur collectivité leur nuisait beaucoup lorsqu'elles tentaient de se réadapter à leur milieu; de mauvaises conditions de vie et d'habitation contribuaient souvent directement au retour des épisodes de décompensation psychiatrique.

La *Rocky Mountain Housing Society* a décidé de s'attaquer directement à ce problème en construisant une unité résidentielle pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Une fois ce projet terminé, un programme d'assistance communautaire et de loisirs a également été élaboré.

L'existence d'un logement attrayant et à prix raisonnable et d'activités communautaires dirigées aide beaucoup les personnes à ne pas reprendre le chemin de l'hôpital; toutefois, cela ne suffit pas; pour qu'une personne s'intègre bien à la vie communautaire, elle doit posséder un emploi. Malheureusement, les personnes handicapées mentalement ont beaucoup de difficulté à trouver du travail et à

conserver leur emploi, parce que même un bref épisode de troubles mentaux peut causer la perte d'un emploi. Les personnes handicapées physiquement sont aux prises avec les mêmes difficultés. Le projet suivant de la société, auquel elle travaille encore, a donc consisté à créer des emplois au sein de la collectivité. En conséquence, la société a entrepris de concevoir et de construire des unités résidentielles accessibles aux personnes en fauteuil roulant à l'intention des personnes handicapées physiquement. Avec l'aide financière et l'appui du gouvernement, la société a embauché, pour réaliser ce projet, six personnes souffrant d'un handicap physique quelconque ou de troubles affectifs invalidants. La tâche de ces dernières consistait à dresser des plans, faire des soumissions et construire deux logements communautaires accessibles aux personnes en fauteuil roulant.

Les avantages que ces personnes et la collectivité ont retiré de ce projet sont nombreux. Les participants ont acquis des connaissances en planification et en organisation qui leur ont procuré un sentiment intense d'estime de soi. L'un d'entre eux a d'ailleurs conclu que ce qui importait le plus pour lui, c'est qu'il était fier de ce qu'il avait fait. D'autres participants ont exprimé les mêmes sentiments.

Deux maisons sont maintenant terminées et il vaut la peine de mentionner qu'aucun des plans conçus par nos clients n'a dû être modifié; le bureau local de la S.C.H.L. signale que c'est la première fois que cela se produit dans la région. Un troisième projet d'habitation est encore à l'étude; pour le moment, on désire construire un logement à usages multiples; celui-ci sera adapté aux besoins des personnes handicapées physiquement et de celles qui souffrent de troubles affectifs invalidants, car ces deux catégories de personnes peuvent s'aider beaucoup à parvenir à l'autonomie au sein de leur collectivité.

La société est très encouragée par les résultats obtenus jusqu'à maintenant. Le projet répond à un véritable besoin et cinq des six premiers employés fonctionnent actuellement d'une manière entièrement satisfaisante: deux se sont mariés, deux autres poursuivent des études supérieures et aucune des six personnes ne se considère maintenant comme "invalide".

SOMMAIRE

Nous avons fourni ici quelques exemples des moyens que nous utilisons, en Colombie-Britannique, pour accroître le rendement de nos services de santé mentale en ajoutant d'autres techniques à l'approche traditionnelle. Nous avons élaboré une philosophie qui tient compte aussi bien des besoins de la collectivité que de ceux des particuliers sur le plan de la santé mentale, en combinant les particularités marquantes des modèles médical, psychopédagogique et psychosocial des services communautaires de santé mentale. Ces modèles, tels qu'ils sont utilisées dans les régions de la Colombie-Britannique ne sont pas en compétition et ils ne s'excluent pas non plus les uns les autres, mais ils se complètent. Nous avons pour politique de faire preuve de souplesse dans la planification, l'élaboration et la prestation des services. Beaucoup des programmes décrits montrent que ceux parmi nos planificateurs de services de santé mentale qui ont eu le plus de succès comprennent non seulement les travailleurs professionnels de nos centres locaux de santé mentale, mais aussi des membres de nos collectivités locales. Si nous continuons à reconnaître ce fait, nous continuerons à pouvoir offrir des services communautaires de santé mentale adaptés aux besoins.

ANNEXE I

Pour plus d'informations concernant les programmes ci-dessus, communiquer avec:[2]

Programme de formation professionnel	John Farry, Chairman Continuing Education Committee Mental Health Services 7th Floor, 1515, Blanshard Street Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
Expressions for Women	Ellen Eichler Courtenay Mental Health Centre 914C, England Avenue Courtenay (Colombie-Britannique) V9N 4N7
Modèle "Cariboo"	Roland Perrin, Director Williams Lake Mental Health Centre 302 – 197, 2nd Avenue North Williams Lake (Colombie-Britannique) V2G 1Z7
Ferme communautaire de Providence	Jack Hutton, Director Duncan Mental Health Centre 3046, Gibbins Road Duncan (Colombie-Britannique) V9L 2Y1
Programme de dynamique de vie	Chris Austin Kelowna Mental Health Centre 390, Queensway Avenue Kelowna (Colombie-Britannique) V1Y 6S7
Camping thérapeutique	Michael Coates, Director Port Alberni Mental Health Centre 4711, Elizabeth Street Port Alberni (Colombie-Britannique) V0H 1V0
Rocky Mountain Housing Society	Arnold Skulmoski Cranbrook Mental Health Centre Suite 204, 1212, 2nd Street North Cranbrook (Colombie-Britannique) V1C 4T6

[2] Au moment de la rédaction du présent document, les personnes mentionnées occupaient les postes indiqués.